



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADA
CURSO DE SERVICO SOCIAL**

GERCIANE DA ROCHA SOUZA ANDRADE

**CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES DAS
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NA CATEGORIA MÉDICA DA PARAÍBA**

Campina Grande

2016

GERCIANE DA ROCHA SOUZA ANDRADE

CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE NA CATEGORIA MÉDICA DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Universidade Estadual da Paraíba, como requisito final à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Área de concentração: Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Alessandra Ximenes da Silva.

Campina Grande-PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A553c Andrade, Gerciane da Rocha Souza

A contrarreforma da Política De Saúde [manuscrito] : as implicações das organizações sociais da saúde na categoria médica da Paraíba / Gerciane da Rocha Souza Andrade. - 2016.
50 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Departamento de Serviço Social".

1. Contrarreforma. 2. Política de saúde. 3. Modelo de gestão. 4. Organizações sociais. 5. Condições de trabalho. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

GERCIANE DA ROCHA SOUZA ANDRADE

CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE PARA A CATEGORIA MÉDICA DA PARAÍBA

Artigo apresentado ao Programa de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito final à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social.

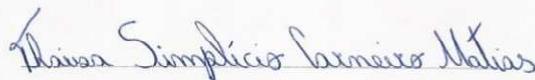
Aprovada em: 21/11/2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Thaisa Simplicio Carneiro Matias

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Wladimir Nunes Pinheiro

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Aos meus familiares, amigos e profissionais da área de saúde, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, em especial a minha mãe Francineide, as minhas avós Maria do Carmo e Joaquina e ao meu pai que hoje já não se encontra aqui presente, embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força e contribuição para os meus estudos.

Aos professores de graduação da UEPB, que contribuíram ao longo de 05 anos de estudos, por meio de oferta de disciplinas e debates, para o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso e aquisição de conhecimentos.

Ao departamento de Serviço Social, aos funcionários em especial a Lourdes que muito me acolheu quando precisava de serviços administrativos relacionados à coordenação.

Agradeço em especial a professora Alessandra Ximenes pela contribuição ao longo da graduação, pela dedicação, paciência e estímulo desde os trabalhos de PIBIC que tem me orientado até a conclusão desse curso. A você meu carinho e admiração.

Ao Sindicatos do Médicos da Paraíba pela paciência e disponibilidade no processo da coleta de dados, sei que nesse processo fiz amizades e troca de experiência que levo para vida. Como parte dessa mediação agradeço ao Prof.^o Wladimir Nunes, pelo apoio e por acreditar nessa pesquisa.

Aos amigos e colegas de classe pelos momentos vivenciados de amizade e apoio na jornada acadêmica que muitas vezes tem sido árdua.

As minhas companheiras de PIBIC, Flavia Justino, Joseli Silva e Thaísa Simplício pelos momentos de debates, aprendizados e de amizades construídas ao longo da minha formação em especial a minha amiga Flávia pelo incentivo dado a minha formação acadêmica e pelo apoio de muitas vezes me receber em sua casa para momentos de construção de conhecimento, bem como para momentos de lazer, agradeço a sua amizade que sem dúvidas extrapola os muros da universidade.

Ao CNPQ que me concedeu bolsa de estudos de PIBIC, que considero uma experiência válida na minha jornada acadêmica, pois contribuiu para a participação em eventos e aquisição de livros para um melhor desempenho na minha formação.

A todos que direta ou indiretamente torceram para que meu sonho de ser Assistente Social se concretizasse nos dias de hoje de contrarreforma do Estado sob o governo de Michel Temer com a PEC 241 que está em tramitação.

O meu muito obrigada!!!

“Ao invés da ideia mítica de globalização, preferimos refletir sobre os efeitos da mundialização do capital, que revelam a face perversa, com impactos destrutivos no emprego, nos salários, nos sistema de proteção social, na concentração de riqueza e na socialização da política”
Ivanete Boschetti

RESUMO

Na atualidade a política de saúde no Brasil tem sofrido perda de direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988. Uma das expressões dessa retração de direitos é a criação de “novos” modelos de gestão, entre os quais se destacam as Organizações Sociais (OSs) de caráter privado, criadas para gerir os serviços do Estado. Na prática esses entes representam a desresponsabilização do Estado na execução de serviços-exclusivos, através do repasse público-privado. Cabe ao Estado fazer a fiscalização, garantir o financiamento e estabelecer metas que propiciem à eficiência nos serviços com o menor custo. Em suma, a forma de contratação da força de trabalho nas Organizações Sociais é a CLT, através da terceirização da Pessoa Jurídica (PJ), a qual aponta para o enfraquecimento da organização da classe trabalhadora. Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de privatização da saúde através dos “novos” modelos de gestão e as suas implicações na categoria médica no Estado da Paraíba, levando em consideração as condições de trabalho, através das notificações produzidas pelo Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED-PB) pertinentes às OSs. A pesquisa foi realizada no período de Janeiro de 2015 a Agosto de 2016. A fundamentação teórico-metodológica desta, encontra suas bases na razão crítica dialética, caminho do pensamento pelo qual buscamos nos aproximar e reconstruir nosso objeto de estudo. O estudo é de natureza bibliográfica e documental, foram analisadas portarias, leis, normatizações do Governo Federal/ Ministério da Saúde e os ofícios produzidos pelo SIMED-PB. O presente trabalho é de fundamental importância, uma vez que os estudos sobre as Organizações Sociais na Paraíba ainda são incipientes. Desse modo, o estudo priorizou as condições de trabalho da categoria médica, porque existem elementos evidentes de queixas desses profissionais acerca do funcionamento das OSs junto ao órgão representativo da categoria. Os resultados da pesquisa evidenciaram que vivenciamos uma contrarreforma do Estado na política de saúde derivante das exigências do capitalismo contemporâneo, o que tem acarretado novas configurações e flexibilização no mundo do trabalho expressada através dos ofícios produzidos pelo sindicato da categoria supracitada.

Palavras-Chave: Contrarreforma da Política de Saúde. Novos Modelos de Gestão. Organizações Sociais. Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Currently health policy in Brazil has suffered loss of social rights gained in the Federal Constitution of 1988. One of the expressions of this retraction of rights is the creation of "new" management models, among which Social Organizations (OSs) Of private character, created to manage the services of the State. In practice, these entities represent the State's lack of accountability in the execution of exclusive services, through the public-private transfer. It is up to the State to supervise, guarantee the financing and establish goals that allow efficiency in services at the lowest cost. In short, the form of hiring the labor force in Social Organizations is the CLT, through outsourcing the Legal Person (PJ), which points to the weakening of the organization of the working class. This paper aims to analyze the process of privatization of health through the "new" management models and their implications in the medical category in the State of Paraíba, taking into account working conditions, through the notifications produced by the Doctors' Union of Paraíba (SIMED-PB) relevant to the OSs. The research was carried out from January 2015 to August 2016. The theoretical-methodological basis of this research finds its basis in the dialectical critical reason, the path of thought by which we seek to approach and reconstruct our object of study. The study is of a bibliographical and documentary nature, the ordinances, laws, regulations of the Federal Government / Ministry of Health and the crafts produced by SIMED-PB were analyzed. The present work is of fundamental importance, since the studies on the Social Organizations in Paraíba are still incipient. Thus, the study prioritized the working conditions of the medical category, because there are evident elements of complaints of these professionals about the operation of the OSs next to the body representative of the category. The results of the research showed that we are experiencing a counter-reform of the state in the health policy derived from the demands of contemporary capitalism, which has led to new configurations and flexibility in the world of work expressed through the trades produced by the aforementioned category.

Keywords: Counter Health Policy. New Management Models. Social Organizations. Work Conditions.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organizações Sociais na Saúde na Paraíba.....	38
Quadro 2 – Queixas da categoria médica formalizada no SIMED-PB, através de ofícios destinados às Organizações Sociais na Paraíba (2014-2016) 41	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBC - Associação Brasileira de Beneficência Comunitária

BM - Banco Mundial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CF - Constituição Federal

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CREM - Conselho Regional de Medicina

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FEDPs - Fundações Estatais de Direito Privado

FNCPS - Frente Nacional Contra Privatização da Saúde

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FMI - Fundo Monetário Internacional

HU - Hospital Universitário

IPCEP - Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional

LOS - Lei Orgânica da Saúde

Mare - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

MPC - Modo de Produção Capitalista

MP - Medida Provisória

MP/PB - Ministério Público da Paraíba

NUPEPS - Núcleo de Pesquisas em Práticas Sociais

OSs - Organizações Sociais de Saúde

Oscips - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PDRE - Plano Diretor da Reforma do Estado

PIBIC - Programa de Iniciação Científica

PJ - Pessoa Jurídica

PLC - Projeto de Lei Complementar

PT - Partido dos Trabalhadores

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

RJU - Regime Jurídico Único

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIMED-PB - Sindicato dos Médicos da Paraíba

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE/PB - Tribunal de Contas da Paraíba

TCU - Tribunal de Contas da União

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	Breves considerações sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único De Saúde (SUS).....	15
2.2	A contrarreforma na política de saúde.....	28
2.3	Os novos modelos de gestão: expressão da contrarreforma do Estado.....	27
3	OBJETIVOS.....	32
3.1	Objetivo Geral.....	32
3.2	Objetivos Especificos.....	32
4	METODOLOGIA.....	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, se inicia a reforma do Estado com a perspectiva de conter os gastos por meio de ajustes fiscais influenciados pelas recomendações dos órgãos internacionais, do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI) para superação da crise econômica da década de 1990. É notório nesse período que não houveram avanços no campo dos direitos sociais conquistados em 1988 que compõem a seguridade social (saúde, assistência e previdência), mas o desmonte deles.

Segundo Behring (2013), tais medidas são denominadas como uma contrarreforma do Estado, ou seja, um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Este processo vem sendo norteado pela premissa do neoliberalismo, que afeta vários setores sociais, políticos, econômicos, cultural e principalmente os setores da saúde.

As reformas do Estado tiveram sua efervescência no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), através do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE). Esse documento foi elaborado pelo Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) que tinha como ministro Luiz Carlos Bresser Pereira em 1995. Este plano teve como finalidade realizar parcerias público-privada, cujos objetivos foram fomentar uma melhor administração do Estado, visualizando a correção das desigualdades sociais e regionais na perspectiva de consolidar a estabilização e o crescimento da economia.

Destarte, fica explícito no PDRE-Mare o processo de privatização do capital estatal e a desresponsabilização do Estado, através do programa de publicização dos serviços não exclusivos do mesmo, tais como educação, cultura, pesquisa científica e saúde. Esse programa de publicização consiste em transferir as funções do Estado para o setor privado, ou seja, formalizar parcerias público-privadas, produzindo serviços competitivos e eficientes, criando os “novos” modelos de gestão tais como: as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) para prestar os serviços citados.

Os governos posteriores (Lula e Dilma) deram sequência aos modelos de gestão com a implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), das Fundações Estatais de Direito privado (FEDPs) sendo estas, um verdadeiro retrocesso aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidos na Constituição Federal (CF) de 1988, pois segue a tendência de privatização dos serviços públicos. Desse modo, o Estado reduz o seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel regulador e provedor dos mesmos.

Diante do exposto, o presente trabalho foi motivado pela nossa inserção nos Projetos de Iniciação Científica (PIBIC) cota 2013/2014 intitulado: *Sujeitos Políticos Coletivos e a Reforma Sanitária na Paraíba*, cota 2014/2015 e 2015/2016 denominado: *Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB* pelos estudos desenvolvidos no Núcleo de Pesquisas em Práticas Sociais (NUPEPS) da UEPB, bem como pela participação das reuniões do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande/PB. A aproximação com as discussões sobre a temática da saúde possibilitou-nos compreender que a política de saúde no Brasil vem se configurando por governos caracterizados pelo social-liberalismo na perspectiva de ganhos dos serviços privados e perdas progressivas do caráter público da política de saúde.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo analisar o processo de privatização da saúde através dos “novos” modelos de gestão e as suas implicações na categoria médica no Estado da Paraíba, levando em consideração as condições de trabalho, através das notificações produzidas pelo sindicato da categoria pertinente às OSs. Para tanto, se fez necessário realizar um levantamento dos ofícios pertinentes às condições de trabalhos do SIMED-PB para as OSs; identificar as formas de resistências da flexibilização das condições de trabalho; e analisar as principais dificuldades enfrentadas pela categoria médica. Destacamos que atualmente no Estado da Paraíba existem 04 (quatro) OSs, administrando algum tipo de serviços na área de saúde em 07 (sete) localidades.

Assim, a temática do presente estudo traz uma relevância acadêmica e social tanto para a formação dos futuros profissionais dos cursos de ciências humanas e da saúde como para a sociedade civil em geral e, sobretudo contribui para a formação dos Sujeitos Políticos Coletivos no debate das lutas coletivas em favor de um SUS universal, gratuito e 100% estatal no Brasil.

A fundamentação teórico-metodológica utilizada neste estudo foi à crítica dialética, pelo fato desta possibilitar a apreensão das contradições, através de aproximações sucessivas. Esta permite o aprofundamento e construção do objeto de estudo através do singular/particular e o geral/universal. No que se refere aos procedimentos metodológicos foram realizadas pesquisas bibliográficas acerca das categorias e conceitos do estudo, tais como: Reforma Sanitária Brasileira; Contrarreforma; e “Novos” Modelos de Gestão. Também foi utilizada pesquisa documental no SIMED-PB. Necessário se faz ressaltar que os estudos sobre a temática são incipientes na Paraíba, assim priorizamos o estudo das OSs em relação à

categoria médica, porque existem elementos evidentes de queixas desses profissionais acerca do funcionamento das OSs junto ao órgão representativo da categoria.

O estudo foi realizado entre o mês de janeiro de 2015 a agosto de 2016 e intensificado no período compreendido em 06 (seis) meses de pesquisa, em documentos tais como: portarias, leis, políticas e normatizações do governo Federal e Ministério da Saúde atrelados ao objeto de pesquisa, os ofícios produzidos pelo SIMED-PB referente às modificações sobre as condições de trabalho dos médicos vinculados às OSs, aos Relatórios Parciais e Final do PIBIC dos anos 2014/2016 e os documentos elaborados pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) tais como: *Relatório Analítico das Irregularidades e dos Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pelas Organizações Sociais*.

Este trabalho está dividido em 04 (quatro) sessões, a primeira refere-se sobre a revisão de literatura ao qual aborda breves considerações acerca da Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde; a Contrarreforma na Política de Saúde, e o debate inicial sobre os novos modelos de gestão; os Modelos de Gestão e suas proposições. Na segunda é exposto o objetivo geral e os específicos do referido TCC. Na terceira diz respeito ao processo metodológico da pesquisa. Por fim trazemos os resultados da pesquisa, apresentados com dados coletados no SIMED-PB, acerca dos ofícios referentes as notificações trabalhistas da categoria médica pertinentes às OSs na Paraíba.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Breves considerações sobre a Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único De Saúde (SUS)

Na década de 1970 e 1980 emerge no Brasil mobilizações populares que defendiam vários interesses ou direitos, dentre eles a saúde. Surge nesse período, a participação de alguns sujeitos políticos coletivos que propunham um projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), sujeitos estes com forte protagonismo na luta pela democratização e o direito à saúde, dentre eles: os movimentos populares, os estudantes, os professores universitários, os trabalhadores da saúde. Reivindicavam a melhoria da saúde e o fortalecimento do setor público.

Dessa forma, para melhor assimilar o termo “Sujeitos Políticos Coletivos” que compõem o projeto de RSB necessário se faz compreender as ideias do filósofo Antônio Gramsci quando este discute a construção de uma hegemonia, ou seja, “a luta pela manutenção ou para transformação” Silva, (2013). Esta hegemonia é expressa pela vontade de uma maioria da sociedade por meio de um consenso (ativo ou passivo) para uma determinada visão de mundo, perpassando por um conjunto de crenças e valores que se enraízam num determinado senso comum o qual interfere na superestrutura da sociedade.

A depender das diferentes conjunturas que perpassaram o nosso país, os sujeitos políticos coletivos passaram também por mudanças na defesa do projeto de RSB. Desse modo, nas décadas de 1970 e 1980, Silva (2013) ressalta o protagonismo e a participação do Movimento Popular em Saúde (MOPS), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), do Movimento dos Médicos Residentes, do Movimento da Renovação Médica, dos sindicatos e dos partidos políticos de esquerda (entre os quais se destacam o Partido Comunista Brasileiro e o Partido dos Trabalhadores). Ainda Segundo Silva (2013), na década de 1990 outros sujeitos políticos coletivos também se tornaram protagonistas, tais como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Segundo Silva (2013) vale ressaltar que o projeto da RSB tem seus pressupostos pautados numa saúde de qualidade e não visam apenas a reforma no setor da saúde, mas na defesa de mudanças também no projeto de sociedade. Assim,

A importância do setor saúde como componente das políticas sociais e a responsabilidade intransferível do seu sistema de serviço na atenção à saúde de população. Ressaltava-se, no entanto, que o perfil de saúde de uma coletividade depende das condições vinculadas à estrutura da sociedade, requerendo ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, lazer, etc. (PAIM, 1987, p.47). Nessa perspectiva, a RSB apresenta no seu projeto uma relação com outras dimensões, tais como a Seguridade Social, a cidadania e as questões educacionais e científico-tecnológicas, entre outras (PAIM, 2008, p.106)

A RSB pode ser entendida como um processo histórico e social, sendo sistematizada como ideia, proposta, projeto, movimento e processo:

Ideia que se expressa em percepção, representação do pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e de preposição políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaço que realize práticas sociais - econômicas, políticas e ideológica (PAIM, 2013, p. 36).

Desta maneira, a mesma defende uma atenção à saúde de qualidade, vista como dever do Estado, com acesso universal e igualitário, priorizando uma política de saúde voltada para prevenção, promoção e recuperação, evidenciando a descentralização, o atendimento integral (com prioridade as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais) e a participação das comunidades articuladas entre si, bem como a luta por uma transformação das práticas de saúde associadas às atividades econômicas, políticas e sociais.

Essa proposta de reforma defende um conceito ampliado de saúde, não mais como mera ausência de doença, mas entendendo-a atrelada ao complexo social (econômico, político e social), bem diferente daquele proposto pelo modelo médico privatista, excludente, hospitalocêntrico e medicamentoso¹, que tem como perspectiva a saúde como sinônimo de doença e que prioriza o atendimento individual. Ou seja,

A saúde era entendida como produto das condições objetivas da existência, dependendo das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Desse modo, o estado de saúde corresponderia a uma das revelações dessa forma de vida. Assim, promover saúde implicaria ‘conhecer como se apresenta as condições de vida e de trabalho na sociedade para que seja possível intervir socialmente na sua modificação’, enquanto respeitar o direito à saúde supunha ‘mudanças na organização econômica determinantes das condições de vida e de

¹ “Esse modelo, segundo Mendes estava voltado para formação e serviço de saúde (doença e indivíduo), tendo como figura principal o médico e como unidade organizacional o hospital e que está atrelado aos interesses do capital. Dessa maneira, tinha como foco de atendimento a rede secundária e terciária e a rede primária não teria muita importância, dando ênfase no individualismo, o biologismo, especialização médica, tecnificação do ato médico, curativismo” (MENDES apud VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011, p.36).

trabalho insalubre, na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdade, na distribuição de bens e serviço' (PAIM, 2013, p. 106-107)

Com base nas concepções de Paim (2010, apud SILVA, 2013), a RSB pode ser entendida como uma reforma social centrada nos seguintes elementos: primeiro, na **democratização da saúde**, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde, seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS, bem como a participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; segundo, na **democratização do Estado e seus aparelhos**, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social nas suas três instâncias federativas (município, estado e governo federal), assim como fomentadora da ética e da transparência nos governos; e, por último, na **democratização da sociedade** alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, na adoção de uma totalidade de mudanças em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, ou mediante uma reforma intelectual e moral.

Nesse sentido, influenciou fortemente a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília-DF no ano de 1986. Intitulada de “Democracia e Saúde”, contou com a participação de aproximadamente 4.000 pessoas, entre delegados, representantes de partidos políticos, profissionais de saúde, movimentos sociais e do próprio movimento da RSB. Seu maior destaque foi a participação popular nas discussões da questão da saúde no Brasil. É considerada como uma “pré-constituente”², uma vez que trouxe a discussão sobre saúde como direito de todos, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Na formulação do seu relatório final foram explicitados alguns dos objetivos defendidos pela RSB, e que posteriormente foram refletidos na Constituição Federal (CF) de 1988.

Na CF de 1988, em seu artigo 196, a saúde foi denominada “como direito de todos e dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua

² Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

promoção, proteção e recuperação”. Esse artigo fomenta as diretrizes para a criação do SUS, regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a “promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Essa lei detalha os objetivos e atribuições do SUS; seus princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, bem como competências e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; a formação de recursos humanos; o financiamento, gestão financeira e planejamento orçamentário.

Posteriormente, foi criada a Lei Complementar nº 8.142/90³ para suprir algumas questões não explícitas na lei anteriormente citada, vindo a dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Ela institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS) e municipais (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS).

Nesse sentido, a CF de 1988 e as leis supracitadas representam um avanço nos direitos civis no Brasil ao prever o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, mediante regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais. Entretanto, logo após sua promulgação, ainda na década de 1990, é iniciado um movimento de contrarreforma do Estado, comprometendo os direitos sociais, o que, na saúde, corresponderá ao desmonte do SUS.

2.2. A contrarreforma na política de saúde

Durante a década de 1990, o Brasil passava por uma crise econômica conhecida como crise fiscal do Estado, vivenciando uma alta de juros e o descontrole da inflação.

³ “A Lei 8.142/90 é fruto de grande negociação ocorrida na época entre os vários atores envolvidos no processo de construção do SUS no Brasil. Ela repara os vetos feitos pelo chefe do Executivo à Lei 8.080/90. Essa dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”. Disponível em <http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf>. Acessado dia 03/10/2016.

Segundo os relatórios produzidos pelo Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), essa crise teve como umas das causas os custeios feitos pelo Estado em políticas sociais para o “bem-estar da sociedade” baseado no modelo econômico do Estado intervencionista (GOMES, 2014).

Desta maneira, os impostos recolhidos pelo Estado não eram suficientes para manter e cumprir seus compromissos, fazendo a economia entrar em colapso. Em resposta a esse problema surge um novo modelo econômico, o neoliberalismo⁴, que impõem novas atribuições ao Estado, evidenciando o processo de contrarreforma do mesmo através do receituário econômico, político e social oriundo do Consenso de Washington com o intuito de recuperar as finanças, controlar a inflação e pagar a dívida externa dos países Latino-Americanos.

A ideologia neoliberal é fomentada pela classe burguesa que sofre variações de acordo com as condições sócio-históricas. A partir da crise do capital, iniciada em 1970⁵, a classe supracitada busca medidas para recuperação da taxa de lucro. O Estado passa a adquirir políticas de desregulamentação da economia, privatizações, terceirizações dos serviços públicos e a focalização dos direitos sociais. A “nova roupagem” do Estado neoliberal fortalece-se transformando tudo em mercadoria, inclusive a saúde e educação (TEIXEIRA, 2013).

Segundo Simionatto (1999), esse receituário apresentado no Consenso de Washington recomenda a transferência de alguns direitos sociais que o Estado deveria se responsabilizar para a livre iniciativa do mercado privado. Desta forma, há uma diminuição de instrumentos de controle público e restrição na focalização de recursos, principalmente na área social como habitação, saúde, lazer, educação, etc. Essa situação faz com que haja uma diminuição do papel social do Estado e um fortalecimento das ações de natureza privada.

⁴ O neoliberalismo é um sistema econômico que prega uma intervenção mínima do Estado na economia, deixando o mercado se auto-regular com total liberdade. Defende a instituição de um sistema de governo onde o indivíduo tem mais importância do que o Estado, sob a argumentação de que quanto menor a participação do Estado na economia, maior é o poder dos indivíduos e mais rapidamente a sociedade pode se desenvolver e progredir, buscando um Bem-Estar Social. Esse tipo de pensamento pode ser representado pela privatização e pelo livre comércio.

⁵ De acordo com Braz e Netto (2006, apud BATISTA, 2015), entende-se que o processo de acumulação capitalista possui, como marca intrínseca, a eclosão de sucessivas crises pelo movimento cíclico de auge-depressão-retomada. Segundo os autores citados, as crises são constitutivas do modo de produção capitalista, a qual “não existiu e não existirá capitalismo sem crises”. No período de crise ou depressão econômica e social os principais afetados são a classe trabalhadora. Atualmente, esse modo de produção tem vivenciado uma crise de ampla magnitude devido a sua profundidade e gravidade da mesma, atingindo a esfera política, social e econômica.

A influência do Consenso de Washington nos rumos da política brasileira se inicia de forma mais explícita no governo de Fernando Collor de Melo, uma vez que para se credenciar a uma renegociação da dívida externa do país, o Brasil passaria a admitir uma política macroeconômica definida a partir das condições estabelecidas pelos seus credores.

O mesmo tipo de renegociação foi realizado na gestão de FHC, que implementou medidas de recuperação da economia através da criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare) que tinha como seu ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. Essas medidas se materializaram no Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE). Este plano, elaborado em 1995, teve como finalidade realizar mudanças na administração do governo com o objetivo de fomentar uma melhor administração do Estado, justificando-se através de um discurso de correção das desigualdades sociais e regionais. Nesse sentido, “a reforma do Estado passou a ser a alternativa para consolidar a estabilização da economia e o seu crescimento” (PDRE-Mare, 1995, p.06)⁶. Segundo Pereira (2015), a reforma gerencial do Estado brasileiro que existiu entre 1995 e 1998 é a segunda grande reforma do Estado moderno, que continua em todo o Brasil.

O documento citado, sinaliza que o Brasil consistiria numa administração conservadora e limitada, e considera a CF de 1988 como um retrocesso. A solução apresentada seria adotar uma administração gerencial, ou seja, mais flexível e eficiente⁷. No PDRE-Mare as ações do Estado passaram a ser delimitadas na perspectiva de reduzir as funções através de privatizações, terceirização e publicização, além de redefinir o papel regulador do governo, norteados a atender os interesses do mercado.

O caráter dessa reforma, de cunho neoliberal, teve como finalidades dar uma maior autonomia e responsabilidade aos dirigentes do serviço público e estabelecer parcerias entre o governo e a sociedade; o Estado, que deveria participar minoritariamente de seu financiamento, via compra de serviços e doações, visava uma maior eficiência e qualidade dos serviços, bem como um custo menor na prestação dos mesmos. Analisa-se nesta conjuntura neoliberal que se fragilizou os movimentos sindicais, reduzindo os direitos sociais e

⁶ “Nesse sentido, são inadiáveis: (1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos da política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua ‘governanças’, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente as políticas públicas” (PDRE-Mare, 1995, p.11).

trabalhistas, ocasionando o sucateamento das políticas sociais construídas no campo jurídico-constitucional.

Esse fenômeno combinou-se ao gradativo abandono e sucateamento de rede pública de saúde, a uma política de racionalizadora fundada na seletividade, contribuindo de forma direta e indiretamente para a instalação e expansão de rede privada. A contratação de serviços terceirizados para prestação de atenção à saúde nos níveis secundários e terciários tributárias e os subsídios para os planos e seguro de saúde marcaram esse período [governo de FHC] expansionista de forma mais expressiva (TEIXEIRA, 2013, p. 64).

Nesse contexto, para prestar os serviços citados acima, em 1998 são criadas, através da Lei nº 9.637, as Organizações Sociais (OSs)⁸, entidades privadas sem fins lucrativos para administrar serviços de saúde, educação, tecnologia e outros através de contrato de gestão. Desse modo, o Estado reduz o seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel regulador e provedor dos mesmos.

Nesse sentido, entende-se que há um conflito quanto à concepção acerca do sistema público, já que, pela lógica do programa de publicização, o público não é sinônimo de estatal. Os recursos financeiros, o patrimônio, os equipamentos e as equipes técnicas são públicos, mas a gestão e a lógica que o ordenam são privadas (CORREIA; SANTOS, 2015). Nesta perspectiva, Soares (2010) afirma que,

[...] para isso, operar-se um feito digno de ilusionismo: cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tento em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado. O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e essa lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia que independentemente dos interesses privados presentes na gestão pública, está sempre será pública. Isso traz consequências drásticas para as políticas sociais no cotidiano do sistema (SOARES, 2010, p.85).

As medidas apresentadas no PDRE-Mare afetam profundamente os direitos conquistados na CF de 1988 bem como o SUS. Segundo Behring (2003, p. 94) “não se trata de uma reforma, e sim de uma contrarreforma dada a sua natureza destrutiva e regressiva” não significando avanços. Assim, o Estado estaria atuando na focalização, seletividade e privatização dos serviços não havendo avanços, o que fere os princípios da RSB e diretrizes do SUS que defende uma saúde de qualidade, de direito universal e dever do Estado.

⁸ “Entende-se por ‘organizações sociais’ as entidades de direito privado que, por iniciativas do Poder Executivo, obtém autorização legislativa para celebrar Contrato de Gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentaria” (PDRE, 1995, p.60)

Em relação aos últimos governos presidenciais, evidencia-se a continuidade das ações do projeto do governo FHC, principalmente no primeiro mandato do governo Lula. Segundo Silva (2013), esse governo fortaleceu os interesses burgueses, assumindo uma posição de neutralidade. Essa condição se deu para a condução do processo de acomodação do bloco de poder dominante, alcançando a confiança do capital e o consentimento das classes populares.

Nesta perspectiva, nota-se que neste governo os serviços de saúde continuam sofrendo os impactos das políticas macroeconômicas. Essas têm como proposição o crescimento econômico através do controle da inflação, da dívida pública e da geração de emprego e renda, proporcionando novos arranjos políticos e econômicos. A particularidade do projeto econômico do primeiro governo Lula é a continuidade da parceria entre público e privado do governo FHC.

Já no segundo mandato de Luís Inácio Lula da Silva é vislumbrado mudanças políticas e econômicas no Brasil, atreladas ao crescimento econômico e à melhoria de indicadores sociais, havendo uma adesão à ideologia neodesenvolvimentista. Esta surge no século XXI como uma proposta de terceira via, tanto ao projeto liberal, como ao socialismo, após o neoliberalismo (SILVA, 2013). A ideologia supracitada, é apresentada como um projeto nacional de crescimento e desenvolvimento econômico, combinado a uma melhora substancial nos padrões sociais. Para desenvolver esse objetivo o Estado deveria intervir na economia, principalmente no tocante a redução das incertezas inerentes às economias capitalistas, e na “expressão da questão social” (SAMPAIO JR, 2012).

O embasamento teórico político da ideologia neodesenvolvimentista passa por três linhas argumentativas: 1) O embasamento teórico político, por si próprio, não trará a redução das desigualdades; 2) os gastos sociais no Brasil não são baixos, o que é preciso fazer é torna-lo mais eficientes, melhorando a alocação de recursos e focalizando-os nos segmentos mais pobres; 3) propostas de desenvolvimento baseada em investimento no ‘capital humano’, reformas microeconômicas, programas de microcrédito etc. O objetivo do neodesenvolvimentismo é entrar como uma espécie de terceira via, na disputa pela hegemonia (CASTELO, 2010 apud SILVA, 2013, p. 37).

Apesar disso, as políticas sociais implantadas no governo do PT evidenciam práticas ideológicas social-liberal ao invés de neodesenvolvimentistas. O social-liberalismo é um projeto que se assemelha ao modelo econômico neoliberal, mas ambas seguem um receituário-ideal de desenvolvimento que mantém e fortalece a lógica capitalista: a primeira, de caráter reformista, ao qual articula-se um bloco social capaz de aglutinar grupos até então

adversários, definindo os mesmos objetivos entre esquerda e direita; a segunda é composta pela ordem burguesa de caráter conservador.

Nesta perspectiva, o social-liberalismo é incorporado no governo petista sob ações da reestruturação da produtividade, objetivando estabilizar a economia atendendo aos interesses do capital juntamente com as diretrizes da justiça social. Está fomentada pelas políticas sociais compensatórias, através da seletividade e focalização das mesmas para segmentos “mais pobres da sociedade”. Segundo Castelo (2013), esta ideologia se desenvolve em volta de três posições políticas: crescimento econômico sem intervenção do Estado, o que não traria a redução das desigualdades sociais, havendo a necessidade de políticas públicas específicas; gastos com políticas sociais pautados por recursos estratégicos e eficientes, com a focalização nas camadas mais pobres; e, por fim, o desenvolvimento atrelado à ampliação do microcrédito e às reformas tributária, previdenciária e trabalhista, reformas estas que representam perdas dos direitos sociais conquistados.

Destarte, o governo Lula foi caracterizado por uma política dualista de interesses (social x capital), pautada a partir das diretrizes do receituário liberal com a pauta desenvolvimentista. Constatase em tal governo que

Foram realizadas as contrarreformas da previdência e da educação, concomitantemente ao aumento das taxas de juros; enquanto no mesmo período era expandida a assistência social, o crédito ao consumidor, os empréstimos populares e os aumentos do salário mínimo. Através da mediação do mercado econômico induzido pelo Estado, o governo atendeu algumas das reivindicações das classes subalternas, ao tempo que assegurou as exigências das classes dominante [...] a rigor, ao aliar o combate à pobreza a defesa do crescimento econômico, a burguesia e seu Estado protagonizam uma sociabilidade baseada na ideologia do consenso: a possibilidade de compatibilizar crescimento econômico com o desenvolvimento social. (MOTA, 2012 apud SILVA, 2013, p.40)

No que se refere à política de saúde, segundo Soares (2010), esta incorporou o projeto de saúde que se relaciona com práticas privatistas. O governo Lula defende o SUS possível, que flexibiliza os princípios do mesmo, tem sua racionalidade em nome da modernização e aperfeiçoamento. O governo incorporou e defendeu propostas que priorizam a terceirização dos trabalhadores da saúde e criou as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs).

Segundo Teixeira (2013), o projeto de Lei que a FEDPs apresenta, tem afinidades com a doutrina do Mare. Essas fundações têm como proposta realizar a prestação de serviços, através de um contrato de gestão com o Estado. Desta maneira,

Ao selar tal compromisso, o ‘poder público tem como objeto a contratação de serviços e a fixação de metas de desempenho para a entidade’. Assim, a Fundação

Estatal (FE) ‘recebe do seu ente supervisor pagamento pelos serviços prestados, previamente negociados [...] e contratos’ (MOPG, 2007b, p. 16.17) Esse instituto, ‘ao tempo em que permite autonomia gerencial, orçamentária e financeira à entidade, institui o controle dos resultados’ (idem). Sua autonomia revela-se de forma dispor também, de sistemas administrativos próprios de pessoal, de compras, de orçamentos, de serviços gerais, dentre outros e, portanto, não integra os sistemas administrativos da Administração Pública, e o mais grave, não integra o Orçamento Geral da União como unidade orçamentaria (TEIXEIRA, 2013, 22-23)

Desta forma, o governo Lula, no que diz respeito à política de saúde, desenvolveu programas e ações focalizadas, ao invés de fortalecer a universalidade, integralidade e a descentralização das ações do SUS, tendo como criação programas como: SAMU⁹, o Brasil Sorridente¹⁰, Farmácia Popular e o Saúde da Família¹¹, que compõem uma dissonância da prática de saúde discutida, apresentada e incorporada pelo projeto de RSB, consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (SILVA, 2013).

O governo Dilma Rousseff deu continuidade à gestão anterior. No que diz respeito a essa gestão “é notório que suas ações são marcadas por um governo privatista com preocupação da manutenção do modelo econômico atual sob a lógica do neodesenvolvimentismo” (JUSTINO, 2014, p. 49).

Durante o mandato de Dilma foram criados alguns programas voltados para o setor, em destaque o “Saúde da Mulher”, que se propunha fazer a prevenção e tratamento das mulheres com câncer de colo uterino e de mama; a saúde da criança, através da “Rede Cegonha”, objetivando cuidados desde a gravidez até os primeiros anos de vida da criança; o “Aqui Tem Farmácia Popular”, que oferecia distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes; as Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas (UPAS 24 H), que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências; e o programa “Mais Médicos”, que busca levar os profissionais de saúde

⁹ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sasraiz/dahuraiz/forcanacional-do-sus/12-forca-nacional-do-sus/13407-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acessado dia 01.09.2016.

¹⁰ O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php. Acessado dia 01.09.2016.

¹¹ O Farmácia Popular é um programa que procura ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais ao tratamento de doenças com maior ocorrência no Brasil, e é realizado por meio de transferência de recursos do Ministério da Saúde, aos estabelecimentos farmacêuticos credenciados. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/farmacia-popular/Paginas/default.aspx>. Acessado dia 01.09.2016.

a prestar atendimento aos usuários do SUS nas regiões do Brasil onde há escassez e ausência de médicos e outras ações.

Segundo Justino (2014) iniciativas desses programas, embora sejam importantes, não resolveram os inúmeros problemas na política de saúde brasileira, cada vez mais burocratizada e precarizada. Algumas das ações referidas acima são alvo de críticas, já que os programas foram criados para solucionar problemas de forma imediata e focalizada, fortalecendo o atendimento hospitalocêntrico, ao invés de fortalecer a atenção básica. O que se percebe é a ampliação da terceirização e a precarização do trabalho dos profissionais da saúde, além das parcerias com redes privadas de medicamentos, o que pode ser considerado um desmonte dos princípios do SUS.

O governo Dilma tem dado continuidade ao processo de privatização com a preocupação da manutenção do modelo econômico em curso, claramente visibilizado pela implementação de políticas e programas focalizados e com base nos “novos modelos de gestão”. Nesse governo é criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através da Lei nº 12.550/2011 como forma garantir o funcionamento dos Hospitais Universitários duramente comprometidos com seu sucateamento nos governos anteriores.

Vale salientar outros ataques ao SUS na gestão presidencial de Dilma. Cislighi (2015), avaliou quatro elementos principais nas ações favoráveis ao setor privado de saúde no final do primeiro mandato e no início do segundo. O primeiro é pertinente à Medida Provisória 656/15, aprovada e sancionada no dia 17 de dezembro de 2014, mas promulgada como Lei nº 1.3097/2015 em 17 de janeiro de 2015, a qual permite ao capital estrangeiro a exploração, instalação e operação de hospitais e clínicas, inclusive filantrópicos, ações e pesquisas de planejamento familiar, atendimento a funcionários de empresas e seus dependentes; o segundo é a Emenda Constitucional 86/2015, aprovada em 10 de março de 2015 e sancionada pela presidenta no dia 17 do mesmo mês, trazendo graves implicações para o financiamento, o planejamento e o controle social na saúde, havendo uma redução de gastos; o terceiro, em 08 de abril de 2015, com a aprovação do Projeto de Lei nº 4.330/2004, permitindo que todas as atividades, de empresas públicas, sociedades de economia mista, produtores rurais e profissionais liberais pudessem ser terceirizadas para outras empresas contratantes, precarizando flexibilizando as relações trabalhistas; e, por fim, o quarto, representado pela PEC 451 de autoria do ex-presidente da Câmara, o deputado Eduardo Cunha, que tem como objetivo incluir entre os direitos constitucionais dos trabalhadores urbanos e rurais, o plano privado de saúde oferecido pelos empregadores. Esta fere o princípio do SUS que está no

artigo 196 da CF, e que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, ignorando completamente a sua existência (CISLAGHI, 2015),

Na contemporaneidade, o Brasil vivencia embates políticos através de manobras parlamentares e jurídicas que acarretaram no afastamento da presidenta Dilma no dia 12 de maio de 2016, decorrente do pedido de impeachment, ao qual 78 senadores votaram, sendo 55 a favor e 22 contra, para o afastamento da mesma por 180 dias. Desta forma, a presidenta Dilma foi afastada de seu cargo para elaborar a sua defesa sobre as acusações de editar créditos suplementares sem o aval do Congresso e de usar verbas de bancos federais em programa do Tesouro Nacional (as chamadas pedalas fiscais). Quem assume em seu lugar é o seu vice Michel Temer do PMDB (JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

O impeachment se concretiza no último dia 31 de agosto de 2016, o que acarretou o afastamento da presidenta Dilma, assumindo de forma definitiva a presidência da república Michel Temer, até o final do mandato em vigência. Segundo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2016, p. 02),

o governo Temer tem-se caracterizado por representar os interesses dos setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade burguesa brasileira. Os documentos que materializam suas ações são a Ponte para o Futuro e a Travessia para o Social, neles são evidenciados a intensificação de medidas que contribuem com os desmonte dos direitos sociais brasileiros, configurando um retrocesso, assim o processo de contrarreforma se agudiza.

No que se refere à saúde, os ataques começaram pela nomeação do deputado federal Ricardo Barros para ministro da saúde, o qual não apresenta nenhuma vinculação com a área, exceto com o setor privado, pois em sua campanha teve como o maior financiador o Grupo Aliança (empresa médica que comercializa plano de assistência médica). Em seus discursos são evidentes a priorização e a ampliação das parcerias com o setor privado, a intenção de redução os gastos do Estado com a saúde e outras medidas que ferem os princípios do SUS, significando um enorme retrocesso nas políticas de saúde do país (FNCPS, 2016).

As ações do atual governo têm aproveitado o momento de fragilidade política para implantar algumas medidas, que se encontram em tramitação na Câmara e no Senado Federal, a exemplo de projetos de lei que podem contribuir para o desmontes do SUS:

A Proposta de Emenda à Constituição nº451/2014, de autoria do Deputado Federal afastado Eduardo Cunha, que pretende exigir que todas as empresas contratem planos de saúde privados para seus empregos; Projeto de Lei do Senado nº 555/2015, agora na Câmara dos Deputados como o Projeto de Lei 4.918/2016, que possibilita a privatização de todas as empresas públicas, sejam elas municipais,

estatais ou federais, entre elas a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); o Projeto de Lei Complementar nº 257/2016, que trata do ‘equilíbrio fiscal’ de estados e municípios com medidas que vão do congelamento dos salários do funcionalismo público e do impedimento de Responsabilidade Fiscal e da política de reajuste do salário mínimo; e a Proposta da Emenda à Constituição nº 241/2016, denominada pelo governo federal ‘Novo Regimento Fiscal’, que congela os gastos sociais por até 20 anos, apontando para alteração dos critérios constitucionais de cálculo das despesas mínimas com a saúde e educação, atualmente vinculada às receitas, passando a ser corrigidas tão somente pela variação da inflação do ano anterior, sem aumento real, mesmo que haja crescimento econômico, aumento de população ou mudança no quadro sanitário (FNCPS, 2016, p.02)

Essas medidas estão sendo criadas pelo Estado para o enfrentamento da crise estrutural do capital, iniciada na década de 1990, e tendem a alimentar o sistema da dívida pública, esvaziar o Estado de suas funções, causar prejuízo aos serviços públicos oferecidos à população, precarizar as condições de trabalho e salarial dos funcionários públicos e incentivar as terceirizações, contribuindo com a privatização do SUS.

Na atual conjuntura política, econômica, social e cultural é evidenciado a ideologia do recrudescimento do neoliberalismo. Na particularidade brasileira, essa ideologia tem mostrado soluções pelo viés das privatizações, focalização, publicização e pelas parcerias público-privado. Contudo, há uma continuidade do processo de contrarreforma nas políticas de saúde com a implantação dos “novos modelos de gestão”, cujas práticas fortalece a lógica da burguesia capitalista. Esses “novos modelos de gestão” serão discutidos no próximo item.

2.3 Os “novos” modelos de gestão: expressão da contrarreforma do Estado

A Lei 9.637, criada em de 15 de maio de 1998, regulamenta o funcionamento das Organizações Sociais (OSs), dispõe sobre a qualificação das mesmas e define esse modelo de gestão como entidades sem fins lucrativos, aptas a prestarem serviços através de contratos com administração pública dirigidas às atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente e da cultura, etc. Na área da saúde, as OSs gerenciam hospitais e outras entidades.

As OSs ficam qualificadas a executarem serviços públicos no lugar de um órgão ou instituição pública, podendo receber recursos, bens e servidores públicos para o desempenho de suas atividades. Essa qualificação não depende de nenhum processo, ou seja, a contratação vai de acordo com a necessidade e o poder do administrador.

Sob essa mesma lógica se originou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), através da Lei 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, institui e disciplina o Termo de Parcerias entre o poder público e as organizações que se propõem a participar de projetos e programas sociais.

Esses modelos privatizantes de gestão foram implementados no governo de FHC na justificativa de eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pela parceria público-privado. A semelhança entre as OSs e as OSCIPs é que ambas são qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, diferenciando-se quanto à forma de sua relação com o poder público, uma vez que as OSs são regidas por um contrato de gestão e as OSCIPs por termo de parceria. Dentro dessa lógica, o Estado passa a ter responsabilidade indireta pelos serviços sociais (incluindo a saúde), contribuindo com a transferência do patrimônio público para o setor privado, sob a influência de organismos internacionais como o Banco Mundial.

Esses “novos modelos de gestão” são uma expressão da política de contrarreforma do Estado. Eles se caracterizam pela desresponsabilização do Estado na execução das políticas sociais através do repasse público-privado e do estabelecimento de metas, visando a eficiência nos serviços com o menor custo, favorecendo a focalização. Compete ao Estado as funções de fiscalização e financiamento das mesmas.

Segundo Correia (2015), esta é uma tendência que vem crescendo desde os anos 1990, através do repasse da gestão e do fundo público para as instituições de direito privado denominadas de personalidade pública não-estatal, apesar de inscritas como personalidade jurídica de direito privado. Desse modo, tal caráter permite atender aos interesses do mercado dentro das instituições públicas, libertando-as das regras da administração estatal.

Trata-se de uma prática que atende aos interesses da classe dominante, através do receituário dos organismos internacionais (FMI e o BM) em que se enfatiza a política social de predominância focalista, assistencial e privatista. “Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal, na área estatal, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos” (CORREIA, 2015, p. 78).

As análises realizadas nas unidades de saúde no âmbito dos estados e municípios onde foram implantadas as OSs, segundo Correia (2015), vem sendo investigadas devido a irregularidade e ao desvio de recursos públicos pelo Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de Conta do Estado (TCE) e pelo Ministério Público Estadual e Federal. Segundo

Assuero (2015), os números de Organizações Sociais têm aumentado, e 17 estados brasileiros aderiram as OSs¹².

Seguindo essa perspectiva, os governos Lula e Dilma deram continuidade a esses modelos de gestão privatizante, com sequência ao projeto de contrarreforma do Estado. Entre os modelos, estão as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), ainda não constituída como uma lei federal, existindo apenas em um Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/07, de 13/07/2007 e que tramita no Congresso Nacional; apesar disso, foram criadas FEDPs para gerir os serviços de saúde no país. A Fundação Estatal é caracterizada como um organismo da administração pública com flexibilidade e autonomia mais amplas do que as atuais autarquias e fundações públicas de direito público com capacidade de atuar nas áreas da saúde, assistência social, cultura, esporte, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social e promoção do turismo nacional (BRASIL, 2007).

No último dia de seu mandato (31/12/10) o presidente Lula sanciona a Medida Provisória nº 520 que cria a EBSEH, com a finalidade de prestação de serviços gratuitos de assistência médica hospitalar e laboratorial à comunidade, assim como a prestação, às instituições federais de ensino ou similares, de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. Essa Medida torna-se a Lei nº 12.550 em 15 de dezembro de 2011, durante o governo Dilma, a qual traz sérios impasses à saúde pública., uma vez que se constitui em uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. A criação da lei mantém em seu discurso a reestruturação dos hospitais universitários e se justificava como forma de solucionar os problemas dos recursos humanos terceirizados via Fundações, cumprindo determinações do Tribunal de Contas da União (TCU).

Atualmente, 47 (quarenta e sete) Hospitais Universitários (HUs) aderiram a EBSEH no país e 03 (três) deles estão situados na Paraíba, sendo estes: o Hospital Universitário Lauro Wanderley (em João Pessoa), o Hospital Universitário Alcides Carneiro (em Campina Grande) e o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo (Cajazeiras).

¹² As OS, "aquí definida como contrarreforma no setor de saúde, mediante a adesão e incorporação de novas formas de gestão do setor. Dentre eles estão os estados de Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Pará, Amazonas e Roraima". (XIMENES, 2015, p.97)

Como forma de resistência a todo esse processo foi criada, em 2010, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, (FNCPS). Ela tem como objetivo lutar contra a privatização e mercantilização da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil.

Para tanto, sua bandeira de luta fundamenta-se em defender um SUS público, estatal, sob administração direta do Estado, gratuito e para todos; lutar contra a privatização do SUS; é defender a RSB formulada em 1980, garantindo dessa maneira uma política de saúde como direitos de todos e dever do Estado. (FNCPS, 2010, p.01).

Vale ressaltar, que a FNCPS é composta por diversas entidades e movimentos sociais: fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. As estratégias de luta da Frente se pautam em ações públicas de fortalecimento das lutas contra a privatização nos estados e municípios, aprofundando-se a nível Nacional. Suas ações perpassam o campo jurídico, o âmbito do parlamento, o conjunto da sociedade civil, as ruas, o controle democrático do controle social, a formação dos profissionais de saúde e os meios de comunicação. Assim, podemos relacionar essas estratégias com as lutas dos sujeitos políticos coletivos que estão inseridos numa perspectiva de contra-hegemonia da classe dominante (FNCPS, 2011).

Em relação às bases de sustentação da FNCPS, esta se opõe à tendência de prestação de assistência à saúde como fonte lucrativa, pondo em cheque os novos modelos de gestão, entre os quais se destacam: as Organizações Sociais (OSs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que entregam o patrimônio público para o setor privado de forma desvelada.

A FNCPS defende os princípios e diretrizes de um SUS universal, integral, intersetorial e descentralizado, sendo este considerado como uma política conquistada através das muitas lutas da sociedade civil, reivindicando o projeto de RSB dos anos 1980, onde saúde é considerado um bem público e a luta por ela se encontra inscrito na luta por um novo projeto societário.

Segundo o *Relatório Analítico das Irregularidades e dos Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH* produzido pela FNCPS em 2014, os hospitais que aderiram a essa nova administração hospitalar dão evidências de problemas. De acordo com o relatório entre os principais problemas apresentados estão os prejuízos financeiros, os serviços de saúde

insuficientes aos usuários, as irregularidades nos “concursos” realizados pela EBSEH, a insatisfação dos empregados contratados por essa empresa (explicitada através da deflagração de greves) e o desrespeito à autonomia universitária.

A EBSEH não é a melhor solução para os problemas dos HUs, pois ao invés de benefícios esta empresa representa a perda da autonomia da universidade, o comprometimento da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a precariedade dos vínculos empregatícios e o funcionamento a partir de metas em contraposição às reais necessidades da população. Os HUs deixam de ser um espaço de ensino e de serviço gratuito, passando a ter uma lógica empresarial.

Os impactos da EBSEH na classe trabalhadora se dão pelo viés da precariedade e flexibilização da forma de contratação. A formalização do vínculo empregatício entre uma instituição de saúde pública e o empregado deveria ser dado pela lógica do Regime Jurídico Único (RJU); com a EBSEH isso passará para o contrato de trabalho previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Haverá seleção dos trabalhadores através de “concurso público” ou processo seletivo precedido de um edital com prazo determinado, representando a perda da estabilidade do vínculo empregatício. Segundo Cardoso (2014), outra dimensão obscura do modelo de gestão supracitado é que o mesmo têm sido objeto de denúncias por propiciarem perseguições, submissão dos trabalhadores ao interesse da classe burguesa e contribuir com a dissolução do potencial organizativo da classe trabalhadora sobre a ameaça do desemprego.

Desta maneira, a proposta da EBSEH e dos outros modelos de gestão combina redução dos direitos sociais expressados na contrarreforma iniciadas na década de 1990, com a sistemática tentativa de anulação do poder de organização política da classe trabalhadora, configurando em instrumento de desarticulação da classe referenciada. A organização dos trabalhadores é compreendida com um polo de oposição contra hegemônica (trabalhador x burguesia), em especial no que diz respeito ao funcionalismo público (CARDOSO, 2014).

No tocante ao estado da Paraíba é importante destacar a criação do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização em 2011, vinculado à FNCPS. O Fórum surge no contexto em que foi proposto a Medida Provisória 178/2011, imposta pelo atual governador do estado da Paraíba, em que a gestão do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa foi entregue para a Organização Social Cruz Vermelha. Tal medida também passa para as mãos dessa entidade, que se qualifica como pessoa jurídica de direito privado sem fins

lucrativos, o patrimônio e os servidores da área da saúde, com impacto direto sob a oferta de serviços de saúde para a população do estado.

Assim como a FNCPS, o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e outros sujeitos políticos coletivos, defendem os princípios da RSB da década de 1980 e lutam para reverter o processo de privatização da saúde em curso, representados pelos “novos modelos de gestão”, considerados uma forma velada de ataques ao direito à saúde no país.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o processo de privatização da saúde através dos “novos modelos de gestão” e suas implicações para a categoria médica no Estado da Paraíba no tocante às condições de trabalho.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar um levantamento dos documentos emitidos pelo Sindicatos dos Médicos da Paraíba no que se refere à sua atuação na mediação de problemas apontados pela categoria com relação à gestão dos serviços de saúde pelas OSs;
- Identificar as formas de resistências da categoria médica diante da flexibilização dos vínculos empregatícios;
- Analisar os principais problemas relacionados às condições de trabalho da categoria médica contidos nos documentos objetos desta pesquisa.

4. METODOLOGIA

A fundamentação teórico-metodológica dessa pesquisa encontra suas bases na razão dialética da Teoria Social Crítica, pois esta permite a análise do reordenamento político-institucional do processo de contrarreforma do Estado. É levado em consideração sua interrelação entre as expressões particulares/singulares, dadas em âmbito local, e os aspectos gerais/universais, dados na totalidade. Deste modo, o método crítico dialético e suas categorias de análise, tais como contradição, movimento e totalidade, é o caminho do pensamento pelo qual busca-se a aproximação necessária para a reconstrução do objeto de estudo proposto.

No que se refere aos procedimentos metodológicos foram realizadas pesquisas bibliográficas acerca das categorias e conceitos do estudo, tais como: Reforma Sanitária Brasileira; Contrarreforma do Estado; e “Novos” Modelos de Gestão. Também foi utilizada pesquisa documental no Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED-PB). Necessário se faz ressaltar que estudos sobre a temática são ainda incipientes na Paraíba. Assim, priorizamos o estudo das OSs em relação à categoria médica porque existem elementos evidentes de queixas desses profissionais sobre o funcionamento das OSs junto ao órgão representativo da categoria.

O estudo abrangeu o período de janeiro de 2015 a agosto de 2016 e foi intensificada as análises no período compreendido de 06 (seis) meses. A pesquisa foi de natureza qualitativa, no qual privilegiamos a pesquisa bibliográfica e a análise documental tais como: portarias, leis, políticas e normatizações do governo Federal e Ministério da Saúde, atreladas ao objeto de pesquisa. Foram analisados os ofícios produzidos pelo SIMED-PB referente às modificações sobre as condições de trabalho dos médicos vinculados às OS, aos Relatórios Parciais e Final do PIBIC dos anos 2014/2016 e os documentos elaborados pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) tais como: *Relatório Analítico das Irregularidades e dos Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pelas Organizações Sociais*.

O público alvo refere-se aos médicos que trabalham nas OSs da saúde no estado da Paraíba. O estudo foi realizado junto ao SIMED-PB, localizado na Avenida Camilo de Holanda, 826, Centro, na cidade de João Pessoa-PB. Considerando o papel a ser desempenhado pelos sindicatos, a entidade em questão é responsável por representar os interesses dos profissionais médicos associados, objetivando defender a categoria médica, na

busca por valorização de seu trabalho nos setores públicos e privados, através da união, mobilização e ética. Entende-se ainda que a defesa desses princípios possam influenciar positivamente em uma assistência de maior qualidade para a população (SIMED-PB, 2016).

Para a coleta de dados, optou-se por fazer o levantamento documental dos ofícios produzidos pelo SIMED-PB no período de janeiro de 2014 a agosto de 2016, destinado as OSs referentes as condições de trabalho da categoria médica. Foram feitas várias mediações junto à entidade sindical supracitada para o acesso à documentação, havendo necessidade de respeitar os procedimentos burocráticos e éticos da diretoria.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As OSs foram implantadas na Paraíba através da Medida Provisória nº 178, de 04 de julho de 2011 que autoriza o Governo do Estado a contratar Organizações Sociais para execução terceirizada de serviços essenciais como saúde, educação e cultura. Após 3 (três) meses essa é outorgada como Projeto de Lei nº 9.454, de 06 de outubro de 2011, durante o governo de Ricardo Coutinho, que institui o Programa de Gestão Pactuada, sobre a qualificação das Organizações Sociais e dá outras providências.

O estudo feito pela FNCPS no ano de 2012, intitulado: *Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil*, é mostrado a realidade das OSs no país. As informações referentes aos estado da Paraíba remontam à autorização em 2011 da OS denominada Cruz Vermelha para atuar no Hospital de Trauma em João Pessoa .

No referido estudo, junto à Cruz Vermelha, de acordo com a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), foi identificado irregularidades com relação às terceirizações das atividades do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa. Em 2011, 80% dos trabalhadores do hospital eram terceirizados, entre eles médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros. Foram realizadas auditorias pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e pelo Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB)¹³. Naquele período, foram identificadas 278 carteiras de trabalho retidas, algumas sem assinatura, indícios de sonegação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), ausência de quitação de verbas rescisórias e atrasos em pagamentos. O CRM-PB afirma ter encontrado em sua investigação condições precárias de trabalho para os médicos, superlotação do hospital e falta de equipamentos (FNCPS, 2012).

A partir dos elementos citados acima, evidencia-se um processo de privatização via terceirização da gestão e dos serviços prestados. Pode-se inferir que esse tipo de contratação realizado pela OS em questão, precariza as condições de trabalho e flexibiliza os direitos trabalhistas adquiridos historicamente pela classe trabalhadora. Identifica-se também que o mesmo não soluciona os problemas relacionados à qualidade dos serviços oferecidos aos usuários.

¹³ Matéria disponível em: <http://g1.globo.com/paraiba/noticia/2011/12/tcu-considera-irregular-convenio-da-cruz-vermelha-na-paraiba-diz-mpt.html>, em 09/12/2011 às 13h04.

Na Paraíba, atualmente encontram-se 04 (quatro) OSs em exercício: a Cruz Vermelha, o Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP), a Associação Brasileira de Beneficência Comunitária (ABBC) e o Instituído Gerir.

Quadro 01- Organizações Sociais na Paraíba.

Organização Social	Local de atuação	Cidade	Data de implantação
Cruz Vermelha	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	João Pessoa	Agosto de 2011
IPCEP	Hospital Geral de Mamanguape	Mamanguape	Julho de 2014
ABBC	03 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, 24 horas	Santa Rita	Maior de 2014
		Guarabira	Abril de 2014
		Princesa Isabel	Outubro de 2014
Gerir	Hospital Geral Dr. Antônio Hilário Gouveia	Taperoá	2014
	Hospital e Maternidade Dr. Peregrino Filho	Patos	2014

Fonte: Portal da Transparência da Paraíba (2016).

A Cruz Vermelha possui filiais em 22 estados brasileiros¹⁴. Segundo a entidade (2016), essa é reconhecida pelo governo brasileiro como sociedade de socorro voluntário, autônoma, que auxilia os poderes públicos e, em particular, dos serviços militares de saúde, bem como única sociedade nacional autorizada a exercer suas atividades em todo o território brasileiro.

A OS supracitada atua no Estado da Paraíba desde 2011, no Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa. O Hospital foi fundado em 2001 e dispõe de uma estrutura específica para operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma. O hospital tem um papel fundamental no estado, sendo referência na área de saúde e está capacitado para prestar assistência médica na área de queimaduras, traumatologia, e outros serviços de urgência e emergência clínico-cirúrgica, de baixa, média e alta complexidade.

¹⁴ Alagoas; Amazonas; Bahia; Ceará; Distrito Federal; Espírito Santo; Goiás (Em reestruturação); Maranhão; Mato Grosso; Mato Grosso do Sul; Minas Gerais; Pará; Paraíba; Pernambuco; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte; Rio Grande do Sul; Rondônia; Santa Catarina; São Paulo; Sergipe; Tocantins (Em Reestruturação) (CRUZ VERMLHA, 2016).

Quanto ao Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP), fundado em 25 de abril de 1958, é uma associação civil filantrópica, sem fins lucrativos, e de pessoa jurídica de direito privado. A sua criação foi idealizada pelo professor e psicólogo Heraldo Cidade, com o objetivo de oferecer um espaço de atendimento a uma parcela da população de deficientes intelectuais adultos e carentes da época. Em julho de 2014, o IPCEP expandiu suas atividades para a gestão de unidades hospitalares em gestão compartilhada. O Hospital Geral de Mamanguape, na Paraíba, foi o primeiro a ser administrado pela entidade, que levou sua metodologia humanista ao atendimento dos usuários.

A IPCEP administra, na Paraíba, o Hospital Geral de Mamanguape (HGM). A unidade foi inaugurada no dia 2 de julho de 2014 e, desde então, está sob os cuidados da OS IPCEP. O HGM oferece atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia à população do Vale do Mamanguape. Entre os serviços prestados atualmente estão: clínica médica, pediatria, maternidade, exames laboratoriais, raio-X, Unidade de Terapia Intensiva, entre outros.

Já a Associação Brasileira de Beneficência Comunitária (ABBC) foi criada em 03 de setembro de 2007. Essa organização desenvolve atividades voltadas ao desenvolvimento dos processos de saúde e de assistência social, com objetivo básico de aumentar processos de gerenciamento que impliquem em benefícios para a sociedade, por meio da gerência de gestão e de mão-de-obra profissional.

O principal objetivo da associação supracitada, é a Gestão de Qualidade dos processos prestados à população, na perspectiva de aumentar sua eficiência e eficácia, que implicaria na satisfação dos usuários. O desenvolvimento de projetos apresentados, são priorizados “valores justos e resultados otimizados”. Tem atuação no Estado de São Paulo e na Paraíba (ABBC, 2016).

No Estado da Paraíba, a OS referida, opera em três cidades: Guarabira, Santa Rita e Princesa Isabel, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que tem por finalidade realizar atendimento de urgência e emergência e funcionam 24 horas por dia e sete dias por semana com o propósito de diminuir as filas dos hospitais¹⁵. Desta maneira, segundo o Programa de Aceleração do Crescimento (2016), “as UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e

¹⁵ A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas (PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO, 2016)

Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências”.

Por fim o Instituído Gerir, é uma organização social que se caracteriza em práticas da gestão privada para a administração pública, possuindo sede em Goiânia-GO. Segundo o Gerir (2016), “a sua atuação vem se afirmando pela gestão eficiente e humanizada de unidades públicas de saúde em diversas cidade e Estados do Brasil”, seu objetivo é proporcionar qualidade de gestão e a implementação de soluções eficientes no ambiente da administração pública.

Atuando em dois hospitais na Paraíba, o Instituto Gerir administra o Hospital e Maternidade Dr. Peregrino Filho, situado na cidade de Patos, referência em procedimentos de alto risco e acreditado como Hospital Amigo da Criança, e o Hospital Geral de Taperoá. A atenção à saúde prestada pelos mesmos diz respeito ao conjunto de ações e serviços ofertados ao paciente e seus familiares, envolvendo as atividades de acolhimento do paciente com classificação de risco; acolhimento e orientação de familiares/acompanhante; desenvolvimento de abordagem interdisciplinar; avaliação e suporte nutricional; oferta de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico; serviço de contra referência em casos de não resolutividade na entidade e outros (GERIR, 2016).

Nesta perspectiva, a pesquisa para o referente trabalho iniciou-se no período de janeiro de 2014 a agosto de 2016 e tem como objetivo realizar a discussão sobre o processo de privatização da saúde através dos “novos modelos de gestão” e os seus impactos para a categoria médica no Estado da Paraíba, levando em consideração as condições de trabalho e as notificações produzidas pelo SIMED-PB da referida categoria, pertinentes às OSs.

Vale ressaltar que o SIMED-PB¹⁶ foi criado em novembro de 1979 por um grupo de médicos que lutavam pela defesa da democracia. Hoje a base sindical compreende todo o estado da Paraíba, com exceção do município de Campina Grande, que possui sindicato próprio. Atualmente o sindicato é composto por mais de 5.000 mil médicos (SIMED-PB, 2016).

¹⁶ Entre seus presidentes sindical tive: Reno Macaúbas, Jose Ricardo, Edson Neves e Jose Demir, atualmente sendo presidido por Tarcísio Campos (SIMIED-PB, 2016).

Nessa perspectiva de análise das condições de trabalho da categoria médica, apresentamos no quadro a seguir o levantamento feito no Sindicato dos Médicos da Paraíba SIMED-PB sobre as queixas coletivas registradas, relativas as condições precárias de trabalho destinada às OSs.

Quadro 2. Queixas da categoria médica formalizada no SIMED-PB, através de ofícios destinados às Organizações Sociais na Paraíba (2014-2016).

Organizações Sociais	Notificações	Ano	Repetições das queixas
Cruz Vermelha	Número insuficiente de anestesista disponível para atender os usuários.	2014	01
ABBC	Atraso de salários;	2015/2016	06
	Carteira de Trabalho não assinada;	2015/2016	02
	A terceirização dos profissionais médicos;	2015	01
	A falta de acesso a informação referente a formação de contratação;	2015	01
	A falta de medicamentos e insumos;	2016	01
	Pela manutenção dos equipamentos médico-hospitalares;	2016	01
	A falta de segurança;	2016	01
	Ausência de especialidade medica, pediatra;	2016	01
	A inexistência de transporte, ambulância.	2016	01
GERIR	Ausência de pagamento;	2015	01
	Carteira de Trabalho não assinada;	2015	01
	Terceirização do vínculo profissional a traves de prestação de serviço.	2015	01
IPCEP	O não acesso a informação, referente a formas de contratação dos profissionais médicos.	2015	01

Fonte: SIMED-PB 2014-2016.

Importa destacar que o ano de 2014, foi o período de maior efervescência na contratação das OSs no estado da Paraíba para gerenciar os serviços de saúde. Desta maneira, foi quase inexistente as queixas registradas neste ano devido à fase de adequação delas,

existindo apenas uma, referente a Cruz Vermelha, no que diz respeito à falta da composição do quadro médico, principalmente de anestesistas. A entidade citada é a OS contratada pelo Estado com mais tempo de atuação.

Entretanto, a notificação citada acima é elemento preocupante. O Hospital gerenciado pela Cruz Vermelha é responsável por atendimento de emergência e trauma de João Pessoa. Essa instituição atende também as cidades circunvizinhas da capital, tendo em vista que o mesmo é referência nos atendimentos de cirurgia cardiovascular, torácica, pediátrica, de cabeça e pescoço, de mão e outras, sendo indispensável a presença de anestesista na equipe médica para que esse tipo de atendimento possa ser possível.

Outro elemento identificado na administração da OS citada acima, é que ela efetivamente incorpora as novas configurações do mundo do trabalho. Em seu site refere-se aos profissionais de saúde como colaboradores. Termo como “colaborador (a)” cada vez mais vem fazendo parte do cotidiano do capitalismo empresarial, retratando uma união do trabalho com a empresa, produz um falso espaço de pertencimento ao trabalhador, fazendo com que ele produza mais, de acordo com Antunes (2009).

No ano de 2015 o SIMED-PB recebeu várias notificações referentes a problemas envolvendo as relações trabalhistas da categoria médica, no que diz respeito aos atrasos de salários, a carteira de trabalho não assinada e a constituição de terceirização por Pessoa Jurídica (PJ) como forma de contratação. A OS que se destaca em número de notificação é a ABBC, essa gerencia 03 (três) UPAs na Paraíba.

Referente ao atraso de salários dos profissionais médicos, as OSs têm passado mais de dois meses sem realizar o repasse dos salários. Esses atrasos aconteceram de forma frequente ao longo do ano de 2015, mesmo garantindo o repasse financeiro por parte da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

Identifica-se nesses espaços a fragilidade nas relações trabalhistas. O mínimo dos direitos trabalhistas não vem sendo assegurados, precarizando essas relações. Entende-se que o gerenciamento desses serviços e a contratação de profissionais deveriam ser realizada pelo Estado, como forma de garantir um acesso universal, de qualidade e direito de todos os seus usuários e que essa contratação deveria se dar pelo Regime Jurídico Único (RJU), através de concurso público, forma mais adequada para a garantia todos os direitos trabalhistas, além de dar estabilidade e autonomia ao profissional, como preconiza a lei que regulamenta o SUS.

A opção adotada por algumas OSs é a contratação via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que deveria garantir direitos aos seus empregados, através das carteiras

de trabalhos assinadas, envolvendo férias, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), multa por rescisão de contrato, PIS/PASEP e outros direitos adquiridos por convenção coletiva ou pelo sindicato da categoria, além de outros benefícios adicionais, como por exemplo, vale-transporte, vale-refeição, bônus por horas trabalhadas, escolas ou cursos pagos, entre vários outros.

A outra forma de vínculo empregatício entre a OS e os profissionais médico é através de PJ. Nessa modalidade esse profissional é responsável pela sua própria mão de obra, formalizada através de um contrato de prestação de serviço. Conseqüentemente, esse trabalhador além de não ter os direitos trabalhistas assegurados pela CLT, os mesmos também são privados da segurança quanto à remuneração e não são beneficiados pelos direitos conseguidos pela entidade representativa da categoria profissional. Esse tipo de contratação tem proporcionado salários mais baixos, atrasos nos pagamentos de salários (mesmo com repasse de recursos), alta rotatividade no emprego, assédio moral, ausência de planos de carreira e trabalhadores estatutários substituídos por terceirizados.

Essas irregularidades foram constatada pelo TCE, exposta na matéria do Jornal *PB Agora* intitulada de *TCE julga irregular contrato do estado com organização social* do dia 09 de outubro de 2015, diz que:

O Tribunal de Contas do Estado (TCE) julgou irregular o contrato executado pelo governo do estado com a organização social Associação Brasileira de Beneficência Comunitária (ABBC) para gerenciar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Guarabira. A contratação da empresa ficou orçada em R\$ 15.598.478,50, pelo período de 24 meses. O repasse mensal para a ABBC é de R\$ 649.936,61. O TCE julgou irregular a dispensa de licitação e deu um prazo de 60 dias para que a auditoria realize uma nova inspeção in loco para verificar a execução do contrato de gestão. A organização social ABBC ainda deverá manter as informações atualizadas no portal de transparência do governo do estado, sob pena das penalidades determinadas no processo. O relator do processo, conselheiro Nominando Diniz, ressaltou que, consultando o Portal da Transparência do governo do estado, observou-se que o valor de repasse informado é de R\$ 5.939.113,57, divergente, portanto, do valor constante do SAGRES (R\$6.282.720,69). O TCE ainda recomendou que a secretária de Saúde do estado, Roberta Abath, não repita as irregularidades verificadas. (JORNAL PB AGORA, 2015, p. 01).

Como forma de superar essa precariedade, o SIMED-PB solicitou informações e fiscalizou as formas de contratação, a quantidade de médicos que trabalham nas instituições, os tipos de contratação (carteira assinada, autônoma ou pessoa jurídica) e solicitou as cópias dos contratos de trabalhos. Essa fiscalização buscou diminuir a precariedade dos vínculos empregatícios.

Conforme Antunes (2009), regulações das relações sociais trabalhistas buscam responder as novas exigências do mercado capitalista evidenciada pela flexibilização do trabalho. A redefinição do sistema de produção capitalista herdada do toyotismo e fordismo, contribuem para desconstrução dos direitos trabalhista, pela ampliação e a generalização das novas formas de precarização. Essa precarização se apresenta através da intensificação dos ritmos dos movimentos do trabalho na responsabilização, na individualização, dos novos parceiros, envolvimento de novos colaboradores, consultores e definição de metas. Tais impactos são refletidos nos serviços de saúde, é tratada como comércio, ou seja, atua na venda e compra de serviços e mão de obra.

Atualmente, as relações de trabalho têm se tornado mais complexas e alienadas desprovidas de regulamentação, permitindo a proliferação de contratos em que não são garantidos os direitos trabalhistas. Desse modo, desmonta os direitos conquistados pelo movimento da luta da classe trabalhadora em seus embates contra a exploração capitalista. “O termo da contradição, então, parece se inverter, moldando novos modos de ser da precarização, da alienação e da coisificação” (ANTUNES, 2009, p.02).

Portanto, devido às novas configurações do mundo do trabalho e à alta competitividade do mercado de trabalho, existe uma tendência de se instituir um conformismo social com a finalidade de levar a aceitação de situações, tais como, precariedade do trabalho e a individualização da responsabilidade em manter-se nesse mercado. Esse elemento enfraquece os movimentos e sindicatos trabalhistas.

No ano de 2015 foram repassados R\$ 210.228.211,46 para as OSs da Paraíba no intuito de gerenciarem os serviços de saúde sob sua responsabilidade em sete localidades do Estado, com a perspectiva de melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde ofertados. Todavia, pode-se perceber que o dinheiro público administrado pelo setor privado tem sido utilizado de forma precarizada prejudicando o quadro profissional.

No que se refere às OSs, até o mês de agosto do ano em curso, as mudanças nas condições de trabalho do ano anterior continuam (atraso de salários é uma delas) e foram acrescentadas novas, tais como a falta de medicamentos e insumos; a ausência de manutenção dos equipamentos médico-hospitalares; a carência de segurança nas unidades de saúde; e insuficiência de especialidade médica (pediatra). Tais aspectos não atingem só a classe médica, mas também o funcionamento de toda a estrutura dos serviços prestados aos seus usuários.

Além dos elementos apresentados, Correia (2015) destaca a possibilidade da população ser prejudicada em relação ao acesso aos serviços de saúde prestados pelas OSs, através da tendência crescente da focalização dos serviços neste tipo de gestão devido a lógica do lucro, investindo nos atendimentos de alta complexidade. As OSs supracitadas trabalham com metas de atendimento, se houver uma demanda maior do que a meta estabelecida no Contrato de Gestão firmado, as necessidades da população serão negadas porque estarão fora das metas contratualizadas. Para as entidades privadas, os recursos financeiros estão acima das necessidades da população.

forma de contratação da força de trabalho das OSs é a CLT ou através da terceirização da Pessoa Jurídica, a qual aponta para a quebra da estabilidade do servidor público e aumenta a rotatividade de profissional, uma vez que, não formaliza o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde. Outro ponto a ser destacado é que os trabalhadores tendem a enfraquecer seu poder de organização de classe, pois com a criação de várias OSs e a existência de diversos tipos de contratos trabalhistas, não há o reconhecimento de uma única categoria trabalhista, ou seja, como funcionários públicos (CORREIA, 2015).

Conclui-se que as formas administrativas de gestão das OSs trazem impasses referentes aos direitos dos trabalhadores assegurados pelo RJU tais como estabilidade e autonomia do servidor público; além de Planos de Cargos, Carreira e Salários, o que equilibra as carreiras, gerando segurança ao profissional para o desempenho de suas funções.

Outro ponto a ser destacado é que os trabalhadores tendem a enfraquecer seu poder de organização e mobilização como classe, pois com a existência de várias OSs os diversos serviços passam a ser gerenciados por várias instituições privadas com diversos regimentos, estatutos e contratos trabalhistas, apontando para um não reconhecimento de uma única categoria organizativa. Identifica-se que há poucos indícios de resistências a esse contexto de precarização da categoria médica e os únicos métodos utilizados são as paralizações e as medidas judiciais de âmbito coletivo e individuais.

É evidente que o sistema de acumulação vigente juntamente com a ideologia neoliberal que se reafirma no social-liberalismo, tem proporcionado a precarização no âmbito do mundo do trabalho, por meio das novas relações contratuais, ou seja, temporais, terceirizados e informais. O caráter mínimo que o Estado vem assumindo é refletido na deterioração das políticas sociais, e a fragmentação das relações sociais do trabalho, tendo “um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital”.

Apesar dos números de notificações não serem alarmante todas as denúncias formalizadas do SIMED-PB para as OSs, representam prejuízos direta ou indiretamente à categoria médica e aos usuários dos serviços de saúde. O baixo número de queixas deve-se provavelmente devido ao curto prazo (2014/2016) que se destinou ao levantamento documental, assim como a falta de registro das reclamações da referida categoria no âmbito do sindicato.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente trabalho, pode-se inferir que a política de saúde em curso vivencia uma contrarreforma, sofrendo ataques através da implementação de “novos modelos de gestão” para gerir os serviços de saúde, tais como as OSs. É evidente a conjuntura de desmontes de direitos, propiciando a privatização dos serviços públicos e consequentemente a mercantilização da saúde, com a exploração direta como atividade econômica, incluindo a produção de lucro.

Esse cenário é aponta para um retrocesso nos avanços conquistados pela sociedade brasileira no que se refere às propostas da RSB e à implementação do SUS na Constituição Federal de 1988, que prevê um sistema de saúde universal, público e de qualidade a todos os cidadãos. A presente pesquisa constatou que o modelo de gestão das OSs traz prejuízos à classe trabalhadora, pois apesar de debruçar-se sobre a categoria médica, infere-se que as mudanças trazidas pelas OSs podem ser extrapoladas para outros profissionais da saúde, fragilizando as relações de trabalho através de formas de contratação diferentes daquelas previstas pelo RJU e, mesmo com alguns direitos garantidos pela CLT, os mesmos não coadunam com as garantias necessárias para a implementação do SUS proposta pela RSB. Entre outros problemas identificados junto às OSs encontra-se também uma forma ainda mais precarizada de contratação, a de Pessoa Jurídica, além do não cumprimento dos compromissos mínimos junto aos trabalhadores, acarretando atrasos de salários, falta de informação sobre os gastos, estabelecimento de metas sem a discussão com a população, entre outros.

Nesse sentido, como resistência a esse cenário de retrocessos aos direitos sociais conquistados na CF de 1988, desmonte do SUS e crescente aceleração do processo de privatização da saúde, surgem os sujeitos políticos coletivos, articulados em defesa de uma saúde pública e universal tal qual se encontra inscrito no marco legal da referida constituição, que lutam em favor de um SUS 100% público, estatal, de qualidade e sob o controle dos trabalhadores, tais como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e o Fórum Paraibano em Defesa do SUS. Apesar dessas entidades se depararem com muitos desafios na conjuntura de luta a favor do SUS, têm se revelado protagonistas no processo de resistência aos “novos modelos de gestão” postos na política de saúde na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO Brasileira de Beneficência Comunitária (ABBC). **Quem Somos**, 2016. Disponível em : < <http://www.abbcsaude.org.br/>>. Acessado dia 13/08/2016.
- ANTUNES, Ricardo. **As configurações do trabalho na sociedade capitalista**. Rev. Katálysis vol.12 no.2 Florianopolis July/Dec. 2009.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortes, 2003.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- _____. **Decreto Lei nº 8.080/90**, Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.
- _____. **Decreto Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 05/08/2016.
- _____. **Lei das Organizações Sociais** nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acessado dia 18/08/2016.
- _____. **Lei da Empresa Pública Denominada Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares** – EBSEH nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acessado dia 02/09/2016.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 16 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- _____. Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). **Unidade de Pronto Atendimento** – UPA. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento/pb>>. Acessado dia 16/09/2016.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.
- CARDOSO, R. de O. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos Governos do Partido dos**

Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

CASTELO, Rodrigo. **O Social Liberalismo:** auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CONFERÊNCIA Nacional da Saúde, 8ª. Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso. **IN: Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde.** Maceió: EDUFAL, 2015.

CRUZ Vermelha. **História da Cruz Vermelha Brasileira,** 2016. Disponível em <<http://www.cruzvermelha.org.br/historia-da-cvb/>>. Acessado dia 10/08/2016.

_____. **Hospital Estadual de Emergência e Trauma:** Senador Humberto Lucena. Disponível em <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>>. Acessado dia 12/10/2016

FÓRUM Paraibano em Defesa do SUS. **Divulgando: Convocação do Fórum Paraibano em Defesa do SUS,** 2011. Disponível em: <<https://fopspr.wordpress.com/tag/forum-paraibano-em-defesa-do-sus-e-contra-as-privatizacoes/>>. Acessado dia 06/09/2016.

FRENTE Nacional Contra a Privatização da Saúde. **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde:** Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, julho de 2016.

_____. **Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil,** em junho de 2012.

INSTITUTO de Psicologia Clínica Educacional e Profissional. **Historia.** Disponível em <http://www.ipcep.org.br/index.htm>>. Acessado dia 08/08/2016.

GERSCHAMN, Silva. **A Democracia Inconclusa:** um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GERIR. **Quem somos.** Disponível em <<http://gerir.org.br/quem-somos/>>. Acessado dia 25/08/2016.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S etl (Org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.** – 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

GOMES, Gustavo França. A saúde nos Governos dos Partidos dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização. In: BRAVO, M. I. S etl (Org.): **Inconstitucionalidade da**

Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privatizados de Gestão. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

GONÇALVES, Reinaldo. **Governo Lula e o nacional-desenvolvimentismo às avessas.** REVISTA Soc. Bras. Economia Política, São Paulo, nº 31, p. 5-30, fevereiro 2012.

JUSTINO, Flavia Jaiane Mendes. O Processo de Privatização da Saúde e o Fórum Em Defesa do SUS de Campina Grande-Pb. **TCC** (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, 2014).

JORNAL Folha de São Paulo. **O impeachment de DILMA.** Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/especial/2015/brasil-em-crise/o-impeachment-de-dilma/#introducao>>. Acessado dia 10/10/2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

_____. A Reforma Sanitária e o CEBES. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PB Agora. **TCE julga irregular contrato do estado com organização social do dia 09 de outubro de 2015.** Disponível

em:<<http://www.pbagora.com.br/conteudo.php?id=20151009094111&cat=paraiba&keys=tce-julga-irregular-contrato-estado-organizacao-social>>. Acessado dia 12/09/2016.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do Estado dos Anos 90.** Caderno do Mare, nº 1. Brasília: 1995.

RELATÓRIO FINAL PIBIC. **Sujeitos Políticos e Reforma Sanitária na Paraíba.** PIBIC 2013/2014, UEPB: PB, 2014.

RELATÓRIO Analítico das Irregularidades e dos Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH produzido pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, 2014

SAMPAIO JR, Plínio Arruda. **Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo:** tragédia e farsa. In: Serviço social & sociedade n.112. Editora: CORTEZ, 2012.

SANTOS, Rodrigo Castelo Branco. **Crescimento Econômico e Equidade Social:** o modelo novo-desenvolvimentista de intervenção sobre a “questão social” III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

SILVA, Alessandra Ximenes da. Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos: no processo da Reforma Sanitária Brasileira. **Tese** (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2013.

SIMIONATTO, Ivete. **Reforma do Estado e políticas públicas:** implicações para a sociedade civil e para a profissão. In: Jornal do CRESS 12ª região – SC, Florianópolis, maio/1999.

SINDICATO dos Médicos da Paraíba. **MISSAO/VISAO/VALORES.** Disponível em <<http://www.simedpb.org.br/sindicato/missao-visao>>. Acessado dia 01/10/2016.

SOARES, Raquel. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao Serviço Social. **Tese** (doutorado em Serviço Social Universidade Federal de Pernambuco) 2010.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático. BRAVO, Inês Souza; MENDES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde, Serviço Social e Conselhos: desafios atuais.** – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. SCHMALER, Valdilene Pereira Viana. **Estratégia Saúde da Família:** o foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. Rev. Sociedade em Debate, Pelotas, 17 (1): 89-118, Jan-jun/2011.

XIMENES, Assuero Fonseca A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco. **Tese** (doutorado em Serviço Social Universidade Federal de Pernambuco) – Recife: O Autor, 2015.