



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

BÁRBARA CRISTINA LIRA DA SILVA

SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL:
produção de conhecimento sobre as parcerias público-privadas e suas implicações ao trabalho
de assistentes sociais

MANAUS
2024

BÁRBARA CRISTINA LIRA DA SILVA

SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL:

produção de conhecimento sobre as parcerias público-privadas e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como requisito para obtenção do título de mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Hamida Assunção Pinheiro

Linha de pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas

MANAUS
2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586s Silva, Bárbra Cristina Lira da
Saúde Pública e Serviço Social : produção de conhecimento sobre as parcerias público-privadas e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais / Bárbra Cristina Lira da Silva . 2024
112 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Hamida Assunção Pinheiro
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Parceria público-privada. 2. Saúde pública. 3. Trabalho profissional. 4. Serviço social. I. Pinheiro, Hamida Assunção. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

BÁRBARA CRISTINA LIRA DA SILVA

SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL:

produção de conhecimento sobre as parcerias público-privadas e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, sob a orientação do(a) professor(a) Dr.(a) Hamida Assunção Pinheiro como requisito para obtenção do título de mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Aprovado(a) em 02 de Agosto de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Hamida Assunção Pinheiro
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Kátia de Araújo Lima Vallina
Membro Interno

Prof^ª. Dr^ª. Maria Isabel Barros Bellini
Membro Externo

*A Deus, à minha família e aos amigos
desta jornada. Cada passo deste
trabalho contou com a motivação de
pessoas queridas que me fazem sentir
amada e capaz.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir trilhar este caminho.

A minha família, minha mãe Bernadete e tias, Graça, Consola e Francly que me acompanharam em meio às angustias e anseios desta jornada. Meu querido pai de coração João, e todos que estiveram acompanhando e torcendo pelo melhor e me dando forças para concluir esta jornada.

A meu par, Carlos Madson, por ser a calma que eu precisei, sempre me encorajando ao meu melhor para que eu não desistisse do trabalho em meio às adversidades do processo de pesquisa.

À querida professora e orientadora Hamida Assunção Pinheiro, que esteve guiando meus passos na jornada do mestrado. Em meio a tantas trocas e ensinamentos pude apreender a importância de nosso comprometimento com a profissão que exercemos. Obrigada por acreditar em minha capacidade.

Ao amigo Paulo Lira, pela companhia nessa jornada, pelas conversas e ensinamentos, e pela paciência nos momentos difíceis, em meio a tantas crises existenciais e de risos. Obrigada por fazer parte disto, torço pra que seu caminho seja sempre virtuoso e iluminado, você merece.

Aos demais amigos do PPGSS: Edivane, Emilly, Silvana, Juliana, Deise, Keyseane e turma de 2022. Foram muitas trocas sinceras, cada um de vocês contribuiu para que esta vivência fosse enriquecida e leve ao mesmo tempo. Almejo o sucesso de cada um.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pelo apoio financeiro concedido para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos docentes do PPGSS, pela oportunidade e possibilidade de um desenvolvimento intenso repassados durante cada momento em que estive cumprindo as disciplinas. Apesar dos inúmeros desafios da área da educação, o esforço de vocês merece todo reconhecimento, pois contribuí positivamente para a sociedade.

A todos que contribuíram indiretamente para os feitos e análises desta pesquisa. Mais de cinquenta teses e dissertações passaram por meus olhos, de todas as regiões do Brasil. É urgente reconhecermos a importância de nós pesquisadores para a produção de ciência, ainda mais em um país tão marcado pelas amarras da desigualdade social e de acesso aos direitos.

"o que sabemos é uma gota, o que ignoramos é um oceano"
(Isaac Newton)

RESUMO

A saúde pública brasileira tem experimentado a criação de diversas modalidades de gestão dos serviços públicos que conta com a participação de entidades, organizações sociais e grupos empresariais desde a década de 1990, em decorrência do avanço neoliberal sobre as políticas sociais. Este processo incentiva a apropriação do fundo público sob a justificativa de melhor eficiência e eficácia na prestação de serviços e controle de gastos. Partindo desta realidade, esta dissertação tem como objetivo geral analisar as parcerias público-privadas no âmbito da saúde pública e suas implicações no trabalho de assistentes sociais, com base na produção bibliográfica da última década (2013-2023), visando o fortalecimento de subsídios para qualificação do trabalho profissional. Quanto aos objetivos específicos elencou-se: a) Refletir acerca do avanço da relação entre as esferas público-privadas na saúde pública como estratégia de gestão e suas consequências para os serviços de saúde e para consolidação do SUS; b) Compreender as parcerias público-privadas no contexto da saúde e suas consequências para o trabalho do/a assistente social na saúde pública; c) Conhecer a produção da área de Serviço Social sobre o trabalho profissional em parcerias público-privadas na área da saúde. A pesquisa caracteriza-se como documental e bibliográfica e está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade no Amazonas da Universidade Federal do Amazonas (PPGSS-UFAM), é do tipo explicativa e de abordagem quali-quantitativa, foi norteadada pelo materialismo histórico-dialético. Quanto aos resultados, a pesquisa revelou que há um número maior de produções na região Sudeste, ao passo que as regiões Centro-oeste e Sul são regiões que menos tem produzido sobre a temática. A partir das análises, foi possível constatar que há precarização cada vez maior dos vínculos trabalhistas, há diversificação de tarefas por vínculo, há sobrecarga de trabalho, há estipulação de grandes metas por trabalhador e que a precarização tem afetado a saúde dos trabalhadores. A pesquisa evidenciou também a ampliação de Parcerias Público-Privadas em suas variadas modalidades com notória expansão no período de pandemia da Covid-19, o que tem contribuído para o subfinanciamento crônico do SUS e desvio do fundo público em prol da mercantilização da saúde.

Palavras-chave: Parceria público-privada. Saúde Pública. Trabalho Profissional. Serviço Social.

ABSTRACT

Brazilian public health has experienced the creation of different types of public service management that rely on the participation of entities, social organizations and business groups since the 1990s, as a result of the neoliberal advance on social policies. This process encourages the appropriation of public funds under the justification of better efficiency and effectiveness in the provision of services and control of expenses. Based on this reality, this dissertation has the general objective of analyzing public-private partnerships in the scope of public health and their implications for the work of social workers, based on the bibliographical production of the last decade (2013-2023), transfers and strengthening subsidies for qualification of professional work. Regarding the specific objectives listed: a) Reflect on the advancement of the relationship between public-private spheres in public health as a management strategy and its consequences for health services and SUS classifications; b) Understand public-private partnerships in the context of health and their consequences for the work of social workers in public health; c) Know the production of the Social Service area on professional work in public-private partnerships in the health area. The research is characterized as documentary and bibliographical and belongs to the Postgraduate Program in Social Service and Sustainability in Amazonas at the Federal University of Amazonas (PPGSS-UFAM), it is an explanatory type and with a qualitative and quantitative approach, was guided by historical-dialectical materialism and supported by bibliographical research and documentary research. As for the results, a survey revealed that there is a greater number of productions in the Southeast region, while the Central-West and South regions are regions that have produced less on the topic. From the analyses, it was possible to verify that there is an increasingly precarious nature of employment relationships, there is a diversification of tasks per job, there is work overload, there are stipulations of large goals per worker and that precariousness has affected the health of workers. The research also highlighted the expansion of Public-Private Partnerships in their various modalities, with notable expansion during the Covid-19 pandemic period, which has contributed to the specific underfunding of the SUS and diversion of public funds in favor of the commercialization of health.

Keywords: Public-private partnership. Public health. Professional Work. Social Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 Recorte de OSs registradas no país	37
Figura 2 Recorte de OSCs registradas no país	38
Figura 3 Distribuição de teses e dissertações por Região com Estados da produção.....	54
Figura 4 Ideias centrais encontradas nos trabalhos analisados.....	56
Figura 5 Invasão ao congresso: 8 de janeiro de 2023.....	91

QUADROS

Quadro 1 Atos normativos de incentivo à formação de PPPs	17
Quadro 2 Resultado Geral de Teses e Dissertações por buscadores	18
Quadro 3 Organizações do Terceiro Setor	36
Quadro 4 Principais diferenças entre as modalidades de parceria.....	36
Quadro 5 Instrumentos de planejamento e controle orçamentário brasileiro	43
Quadro 6 categorias centrais dos trabalhos analisados.....	56
Quadro 7 teses e dissertações selecionadas para análise	58
Quadro 8 problemas de implementação das OSs	66
Quadro 9 A precarização do trabalho com destaque para a terceirização	79
Quadro 10 Fatores de precarização das condições de trabalho	81
Quadro 11 Implicações da Covid-19 no trabalho de assistentes sociais	84
Quadro 12 Implicações do neoliberalismo ao Estado brasileiro	89
Quadro 13 Influências dos aparelhos hegemônicos para política de saúde.....	93

GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição de teses e dissertações por região	53
Gráfico 2 Categorias encontradas nos trabalhos analisados.....	57
Gráfico 3 Taxa de desocupação anual por trimestre.....	85

TABELAS

Tabela 1 Programas registrados na avaliação quadrienal (2017-2020) da Capes na área de Serviço Social.....	53
Tabela 2 Comparativo de vínculo profissional por natureza.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
BM	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FRSB	Fórum da Reforma Sanitária Brasileira
ICOS	Instituto Coalizão
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IR	Imposto de Renda
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica Da Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NOB	Norma Operacional Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMB	Programa Médicos Pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PNAD	Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios
PPP	Parceria Público-Privada
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - A SAÚDE PÚBLICA EM MEIO AOS PROCESSOS DE REGRESSÃO DE DIREITOS	21
1.1 Saúde pública no campo de disputa: entre o mercado e a reforma sanitária	21
1.2 O desfinanciamento do SUS e a fragilização dos serviços de saúde	24
1.3 A relação Estado e Sociedade em meio às parcerias público-privadas: compreendendo a estratégia de gestão e seus rebatimentos para a saúde pública.	32
CAPÍTULO 2 - PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE	41
2.1 A força das parcerias público-privadas e a disputa do fundo público	41
2.2 O/a assistente social como trabalhador/a da saúde pública	45
2.3 Parcerias público-privadas e o trabalho de assistentes sociais na saúde em tempos de regressão de direitos	49
CAPÍTULO 3 - A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SERVIÇO SOCIAL SOBRE TRABALHO PROFISSIONAL NAS PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS ...	52
3.1 Serviço Social e produção de conhecimento	52
3.2 A saúde na mira das Parcerias Público-Privadas: ênfases na produção de conhecimento da área de Serviço Social.....	59
3.3 O trabalho profissional de assistentes sociais na mira das Parcerias Público-Privadas: o que os trabalhos evidenciam.....	76
3.4 Estado, Hegemonia e Políticas Públicas: a importância da participação social para o fortalecimento do SUS	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS	102

INTRODUÇÃO

O histórico da saúde pública enquanto política social no contexto brasileiro representa para a sociedade o reconhecimento de amplas requisições da classe trabalhadora. É considerada uma grande conquista democrática explícita na Constituição federal de 1988, materializada com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS expressa a consolidação da política pública de saúde e tem vários aspectos que o tornam único e distinguem-no de muitos sistemas de saúde em todo o mundo. Regido pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, os usuários têm acesso a serviços de forma gratuita e ainda engloba variados aspectos da saúde com ações preventivas, curativas e de promoção à saúde.

Também representa para a população o fortalecimento da democracia através de instâncias participativas. O controle e a participação social são prerrogativas previstas em Lei que garantem à comunidade a participação no âmbito da gestão e controle das políticas de saúde, fortalecendo princípios de transparência e prestação de contas.

Apesar dos pontos positivos, o SUS também enfrenta desafios significativos que se intensificaram com a conjuntura neoliberal imposta no cenário brasileiro a partir de 1990. A nova concepção do Estado, arbitrada pelo mercado a partir das últimas décadas do século XX, está intimamente ligada à hegemonia do capital financeiro, refletindo mudanças significativas nas políticas econômicas, na organização institucional e na estrutura de poder. Não obstante, encontros internacionais que previam medidas de reajuste fiscal, contribuíram para as transformações nas relações entre Estado e sociedade, interferindo na gestão estatal de recursos e políticas públicas.

Neste contexto, a falta de recursos financeiros adequados (e seu mal direcionamento) tem sido um problema frequente na manutenção e funcionamento do sistema. Diante de várias contrarreformas de cunho neoliberal orquestradas pelo governo brasileiro sob pressão internacional, a classe trabalhadora também tem sofrido significativos retrocessos no que se refere aos direitos sociais e demais políticas públicas.

O Estado em sua roupagem neoliberal modifica seu *modus operandi* a partir das investidas na privatização, seletividade e focalização das políticas públicas tornando-se máximo para o capital e mínimo para o social. Diante desta nova realidade abre-se espaço para terceirizar e privatizar a prestação de serviços que antes eram de sua responsabilidade.

Sendo assim, o avanço do mercado sobre os serviços públicos implica em novas formas de organização, integrando um conjunto híbrido de fluxos, redes e organizações. (Simões, 2014).

É a partir desta afluência entre público e privado, nacional e global que surge o terceiro setor. Um novo mecanismo que atua no trato da questão social de forma focalizada, com ações voluntárias e solidárias desenvolvidas pela Sociedade Civil, desresponsabilizando o Estado e transferindo credibilidade ao mercado na garantia de direitos (Montaño, 2010).

Assim, a relação entre a esfera público-privada tem sido imposta de modo a impulsionar maior interação através de convênios e parcerias nas mais diversas modalidades para a prestação de serviços em variadas áreas a serviço do mercado. Trata-se da prática e discurso que prega a eficiência e qualidade dos serviços, a partir das privatizações e parcerias público-privadas, tendo em vista que o Estado agora tem sua intervenção reduzida no âmbito social.

Em meio às vastas modalidades de privatização que integram o terceiro setor, destaca-se neste trabalho as Parcerias Público Privadas (PPPs) que têm atuado na perspectiva de prover serviços de infraestrutura com recursos públicos através de contratos de concessão.

A relação público-privada não é nova pois ocorre em países europeus a mais de meio século e engloba tanto a prestação de serviços quanto o financiamento. Na verdade, há uma intensificação desta relação a partir da década de 1970, período em que há o declínio do Estado de bem-estar (Santos; Santos; Borges, 2013).

Entretanto, uma análise crítica sobre como tem se dado a aplicabilidade das parcerias público-privadas na área da saúde se faz pertinente ao considerarmos a reestruturação produtiva do capital e o avanço do neoliberalismo sob o Estado brasileiro ocorrido na década de 1990. Este processo tem provocado desmontes expressivos na política de saúde, impactando na qualidade dos serviços e no acesso dos usuários.

A emergência de novos padrões para a manutenção do sistema capitalista tem impulsionado amplas contrarreformas trabalhistas, destituindo direitos que também afetam os trabalhadores da área da saúde. Neste contexto, interessa desvendar as amarras em que estão inseridos, enquanto categoria profissional, os/as assistentes sociais, considerando a saúde espaço de atuação deste profissional.

A presente dissertação se intitula “Saúde Pública e Serviço Social: produção de conhecimento sobre as parcerias público-privadas e suas implicações ao trabalho de assistentes sociais”. A escolha do tema surge devido às aproximações com a área da saúde

enquanto profissional de Serviço Social somadas à vivência da pandemia de Covid-19¹ a partir de 2020. Num primeiro momento, o projeto de pesquisa submetido ao Programa de Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia visava analisar o trabalho do/a Assistente Social em um Hospital de referência no tratamento do vírus da Covid-19 na cidade de Manaus no período de pandemia (2020-2021). Contudo, ocorreu que, por ser uma unidade hospitalar administrada por uma Organização Social de Saúde, houve entraves no processo de autorização da pesquisa entre a Secretaria de Saúde do Estado e a instituição gestora da unidade de saúde.

Diante das negativas por parte da Instituição, da dificuldade de contatá-los, da ausência de informações públicas e de todo o infortúnio, as problematizações que se colocaram neste processo despertaram a reflexão para a análise da formação das parcerias público-privadas na saúde pública brasileira e quais são os desdobramentos para o trabalho de Assistentes Sociais da área da saúde.

Conforme explicitado, a partir da década de 1990, os processos de desmonte dos direitos sociais são registrados com frequência progressiva na administração pública e, conseqüentemente, no sistema de proteção social brasileiro. Para melhor compreensão desse cenário, é necessário apreender a discussão sobre as esferas público e privada, as quais estão presentes em variados segmentos na produção de bens e serviços. Principalmente na saúde registra-se movimentos de rearranjos e readequações frequentes em sistemas nacionais de saúde ao redor do mundo (Santos; Santos; Borges, 2013).

Isto ocorre porque a conjuntura brasileira a partir de 1990 circunscreve-se em meio a retrocessos que se utilizam da fragilidade das Políticas de Proteção Social para enfraquecer o Estado, tornando-o mínimo e legitimando a presença do privado na prestação de serviços ora delegados pelo Estado, tornando-os mercadoria e apropriando-se de recursos públicos, descaracterizando-os enquanto direitos pertencentes à classe trabalhadora (Hoff, 2020).

Portanto, este trabalho tem como **objetivo geral** analisar as parcerias público-privadas no âmbito da saúde pública e suas implicações no trabalho de assistentes sociais, com base na produção bibliográfica da última década (2013-2023), visando o fortalecimento de subsídios para qualificação do trabalho profissional.

¹ Doença transmitida por vírus que causa sintomas semelhantes ao de síndromes gripais, entretanto, pode gerar quadros graves de síndrome respiratória. A onda de contaminação no Brasil iniciada em março de 2020 ocasionou a maior crise sanitária já vivenciada e o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS), amplamente noticiado nos meios de comunicação nacional e internacional.

Quanto aos **objetivos específicos** elencou-se: a) Refletir acerca do avanço da relação entre as esferas público-privadas na saúde pública como estratégia de gestão e suas consequências para os serviços de saúde e para consolidação do SUS; b) Compreender as parcerias público-privadas no contexto da saúde e suas consequências para o trabalho do/a assistente social na saúde pública; c) Conhecer a produção da área de Serviço Social sobre o trabalho profissional em parcerias público-privadas na área da saúde.

A investigação foi norteadada pelo materialismo histórico-dialético e apoiou-se em pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A escolha metodológica desse estudo se justifica, de acordo com Minayo (2010, p. 107-108), pelo fato de que:

No marxismo, o *materialismo histórico* representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. Por sua vez a *dialética* refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação.

É nesta perspectiva que pretendemos analisar a realidade em movimento e perceber as contradições que estão postas na produção do conhecimento em Serviço Social e que dizem respeito a área da saúde. Minayo (2010) afirma que o marxismo tem ocupado um campo muito vasto a partir da análise que envolve a visão de totalidade, agregando positivamente às Ciências Sociais.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram estabelecidas três etapas, a saber: **a) pré-implementação** com vistas aos ajustes necessários ao projeto (delimitação do objeto), seguidos da pesquisa bibliográfica e documental; **b) implementação:** ênfase na coleta de dados a partir de um roteiro de pesquisa que definiu as categorias de busca e demais delineamentos utilizados para seleção de teses e dissertações no Banco de dados da Capes, seguidos de uma análise primária. Nesta etapa também foram definidas as categorias e os trabalhos que atendem aos objetivos da pesquisa e utilizou-se *software* para mapear e fichar os documentos selecionados, realizando uma análise secundária das informações; **c) pós-implementação:** sistematização e análise de conteúdo dos trabalhos que atenderam aos critérios estipulados, para elaboração de relatório final da pesquisa. Os resultados obtidos compõem a dissertação do mestrado.

Esta pesquisa é do tipo explicativa. Para Gil (2002) este tipo de pesquisa permite criar familiaridade com o problema e aprimorar ideias ou hipóteses com maior flexibilidade pois permite considerar os mais variados aspectos da realidade posta. Quanto à natureza dos dados, a pesquisa caracteriza-se como mista, ou seja, quanti-qualitativa. A análise quanti-qualitativa

depende de muitos fatores, tais como a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação. Esse processo ocorreu em uma sequência de atividades, que envolveu a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório (Gil, 2002).

Para a interpretação dos dados foi empregada a técnica de **análise de conteúdo**. Para análise do material encontrado, isto é, as teses e dissertações disponíveis no banco de dados da plataforma Capes, se fez necessária aplicação das três fases da análise de conteúdo, estipuladas por Bardin (1977): a) pré-análise, onde se procede à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para análise; b) exploração do material, que envolve a escolha das unidades, a enumeração e a classificação e c) tratamento, inferência e interpretação dos dados.

A boa execução destas fases, somadas a um processo de sistematização e categorização dos dados permite conduzir o pesquisador a respostas fidedignas (Souza; Santos, 2020). Neste contexto, o processo de sistematização e categorização da pesquisa foi realizado no *software* MAXQDA tornando possível contabilizar e categorizar unidades lexicais nos trabalhos analisados e assim perceber padrões a partir da ocorrência de palavras frequentes. A fim de tornar este percurso metodológico mais claro, vale mencionar que a pesquisa envolveu fases interdependentes e complementares, as quais estão aqui descritas separadamente:

1ª. Fase: pesquisa bibliográfica – a pesquisa bibliográfica dedicou-se à seleção de textos para leitura, reflexão crítica e produção de texto acerca das categorias estruturantes e subcategorias da pesquisa. Para tal, se fez necessário buscar autores que discutem: saúde pública, Serviço Social, trabalho, trabalho profissional, parcerias público-privadas.

2ª. Fase: pesquisa documental – A pesquisa documental teve como objetivo o levantamento de leis, portarias, teses e dissertações relacionadas com as categorias estruturantes da pesquisa. Para contextualizar e contribuir com as reflexões propostas na pesquisa, alguns atos normativos foram cruciais para compreender a formação das parcerias público-privadas, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 Atos normativos de incentivo à formação de PPPs

Lei/número e ano	Tratativa
Lei de Responsabilidade Fiscal/ Lei nº 101/2000	Estabelece limites e regras para o gasto público e gestão fiscal, o que afeta as finanças públicas envolvidas em parcerias público-privadas
Lei das Parcerias Público Privadas/ Lei nº 11.079/2004	Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.
Lei da Terceirização/ Lei	Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe

nº 13.429/2017	sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros.
Lei do Regime Diferenciado de Contratações Públicas/Lei nº 12.462/2011	Institui o Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC), como modalidade de licitação que pode ser utilizada em PPPs e busca acelerar a execução de obras e serviços públicos

Fonte: Planalto (adaptado), pesquisa documental, 2024.

Nesta fase também se fez necessário a criação de um roteiro de coleta de dados. Posteriormente, foram elencados os descritores para serem utilizados na ferramenta de busca no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), somados ao operador booleano “AND” e aspas duplas para melhor delimitar os resultados. Sendo estes: Parcerias Público-Privadas; Terceirização na Saúde Pública; Trabalho *and* Saúde Pública *and* Parceria Público-Privada; Trabalho Profissional na Saúde; Público-privado *and* saúde.

As teses e dissertações encontradas a partir dos buscadores e critérios citados foram analisadas considerando enquanto critério de inclusão: produções que tratem dos descritores previamente selecionados; que sejam da área de conhecimento do Serviço Social (nº 32 da Capes); produzidas no decênio de 2013-2023; com disponibilidade de acesso no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes ou na biblioteca virtual de sua respectiva instituição de ensino. Desta maneira, os critérios de exclusão consideram: trabalhos de áreas distintas do Serviço Social; trabalhos sem autorização de divulgação pelo autor.

A partir dos resultados obtidos no processo de busca e seleção das teses e dissertações, o quadro abaixo evidencia os resultados obtidos a partir de cada buscador, na forma com que foram utilizados.

Quadro 2 Resultado Geral de Teses e Dissertações por buscadores

BUSCADORES	TESES	DISSERTAÇÕES	TOTAL
Parcerias público-privadas	1	4	5
Terceirização na Saúde Pública	1	3	4
“Trabalho”and "Saúde Pública" and "Parceria Público-Privada"	0	1	1
Trabalho Profissional na Saúde	1	10	11
“Público-privado” and “Saúde”	0	1	1
TOTAL GERAL:	3	19	22

Fonte: Pesquisa documental (2024)

Portanto este trabalho analisou 22 (vinte e duas) teses e dissertações que resultaram desta primeira fase de buscas. Superada a análise do título e resumo dos trabalhos e também dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, a terceira análise foi realizada a partir da leitura e análise geral de todo o trabalho.

3ª. Fase: Sistematização e tabulação dos dados – nesse momento os dados coletados foram organizados, tabulados e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin. O processo de tabulação e análise dos dados é fundamental para verificação do alcance dos objetivos propostos e maior aprofundamento e reflexões sobre o objeto investigado. Os resultados estão expostos em gráficos, tabelas ou quadros, com apoio de dois softwares: Microsoft Excel e MAXQDA.

As análises e reflexões realizadas a partir das informações coletadas foram guiadas pelo roteiro de coleta de dados que auxiliou na codificação do conteúdo, para posteriormente, compor o relatório de pesquisa onde se apresentam os resultados e as possíveis contribuições da pesquisa para compor a dissertação.

Através do *software* MAXQDA foi possível catalogar por categorias cada trecho do documento, ao final desta etapa o programa gerou relatórios com as citações, comentários e gráficos representativos das categorias destacadas em cada trabalho.

4ª. Fase – Elaboração do texto da dissertação e defesa pública – Nesta fase o ponto central é a elaboração do texto dissertativo, reunindo os dados qualitativos e quantitativos com vistas à produção de texto com rigor científico a fim de ser apresentado para uma banca de especialistas.

No que tange à estrutura desta dissertação, ela está dividida em três capítulos. No momento introdutório apresenta-se algumas reflexões iniciais que dão base para esta pesquisa, bem como as motivações para a realização do estudo. O Capítulo 1 aborda a formação da política de saúde no Brasil e as mudanças ocorridas na relação entre Estado e Sociedade Civil, considerada crucial para compreender as contrarreformas na saúde a partir da década de 1990, diante da conjuntura neoliberal. A partir da ascensão do neoliberalismo o texto também aborda as parcerias público-privadas e seu desenvolvimento no Brasil, destacando mudanças no Estado e na administração pública. O Capítulo 2 discorre sobre a apropriação do fundo público a partir das parcerias público-privadas empregadas como estratégia, especialmente na área da saúde. A partir disto, resgata-se o processo de institucionalização do Serviço Social, enfatizando pontos que contribuíram para o amadurecimento da profissão e como se deu sua relação com a área da saúde. O Capítulo 3 mostra, a partir da produção bibliográfica da área,

o avanço das parcerias público-privadas na saúde e seus desdobramentos para o trabalho do/a assistente social.

Quanto às contribuições, esta pesquisa traz importantes reflexões não apenas para a comunidade acadêmica, mas também para os profissionais da saúde pública, em especial para os/as assistentes sociais.

CAPÍTULO 1 - A SAÚDE PÚBLICA EM MEIO AOS PROCESSOS DE REGRESSÃO DE DIREITOS

1.1 Saúde pública no campo de disputa: entre o mercado e a reforma sanitária

A preocupação com a atenção à saúde é um fenômeno que tem raízes na história da humanidade e evoluiu ao longo do tempo de acordo com as necessidades e os avanços sociais, culturais, científicos e tecnológicos. Com o surgimento da medicina social nos países centrais do capitalismo industrial, as mobilizações trabalhistas ocasionaram transformações globais nos séculos XVIII e XIX (Bravo, 2013).

No Brasil, a saúde torna-se pauta de reivindicação operária no século XX e o discurso em saúde amplia-se a partir da década de 1920, promovendo alterações no modelo filantrópico que era até então adotado. Neste período há a criação de sistemas de benefícios que passam a contemplar apenas uma parcela de trabalhadores, sendo o principal objetivo, atender os interesses econômicos das elites cafeicultoras da época (Sarreta, 2009).

Já na década seguinte, ocorre a expansão das políticas sociais, através do modelo getulista (1930-1945). Sarreta (2009) o compreende enquanto um modelo de proteção social fragmentado, limitado e desigual na distribuição de benefícios que exerce controle sob a classe trabalhadora. Neste período, a assistência à saúde era atrelada à previdência social e dividida em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária, pois assim atendia à lógica capitalista, favorecendo o mercado. (Bravo, 2013).

Isto ocorria porque a configuração do sistema de proteção social possuía um caráter mais restrito e individual, então o Estado comprava os serviços privados em saúde com recursos da previdência social, direcionando a saúde para um modelo privatista, ignorando as reais necessidades da população (Sarreta, 2009).

No período de 1945-1964 o país passou por grandes mudanças na área econômica e na saúde por conta de fatores externos que modificaram a relação entre Estado e sociedade, além disto, “a questão saúde era tratada como uma questão de polícia [...] havia uma segregação social que desconsiderava as causas das doenças e dos direitos” (Sarreta, 2009, p.136).

A onda conservadora que perdurou no país, entre 1964 e 1974, ocasionou forte controle dos gastos sociais, pois houve agravamento na crise salarial, êxodo rural e urbanização acelerada, fatores que contribuíram para a precarização das condições de vida da população, ocasionando aumento de doenças e mortalidade infantil (Sarreta, 2009, p. 146).

Cabe citar que este foi o período em que o país também passou por severa ditadura civil e militar que deixou um legado controverso, com profundas marcas na sociedade brasileira, tanto na memória das vítimas da repressão quanto nas estruturas políticas e econômicas do país.

Neste contexto, a frágil relação entre Estado e sociedade, somada à precarização da vida de forma ampla, fomentou reivindicações da classe operária e demais movimentos sociais, ao passo que, a partir de meados da década de 1980, com o fim da ditadura civil-militar, a sociedade começa a obter conquistas sociais fruto das lutas contra os governos militares. Estas conquistas contribuíram com o protagonismo de atores sociais diversos que visavam a superação da lógica societária submissa ao Estado Burguês.

A população pobre, que almejava por melhores condições de vida, precisava conquistar espaço frente à figura Estatal e consolidar os mecanismos de participação democrática para exigir do Estado ações mais efetivas (Avritzer, 2012). Este período, também conhecido como redemocratização, foi crucial para o fortalecimento dos movimentos sociais e a consequente crítica à desigualdade social da época.

A partir da inquietude da população e do processo emancipatório que ganhava força, um dos movimentos que teve grande destaque na cena brasileira trata-se do Movimento de Reforma Sanitária que surgiu a partir da união de profissionais da área, estudantes, sanitaristas entre outros em prol da democratização e da ampliação do direito à saúde, conquistado com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Bravo, 2009).

Dentre os principais atores que se destacaram desde os anos de 1970 na luta pela democratização da saúde, podemos destacar o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas entidades apresentam relevância significativa no surgimento do Movimento de Reforma Sanitária (Virgens; Teixeira, 2022).

Virgens e Teixeira (2022) acrescentam que durante as décadas de 1970 e 1980 a discussão envolvendo a saúde se fortaleceu através das Plenárias e Conferências Nacionais em saúde, com novos atores em cena: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS); Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB).

As primeiras conferências em saúde datam o período de 1940 e tinham um caráter mais sanitaria, fazendo com que as pautas de debate se voltassem às campanhas sanitárias ou de vacinação. Entretanto, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que se almejou “um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo

decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão” (Bravo, 2009, p. 96).

Estes atores contribuíram com o processo de formação e diálogo das tratativas em saúde que, posteriormente, culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a Constituição cidadã, promulgada em 1988, a saúde passa a ser reconhecida como “direito social e dever do Estado” através do artigo 196. Para tal foi necessário a criação das leis 8.080/1990 e 8.142/1990 que dispõem respectivamente sobre o funcionamento do sistema e a participação democrática da comunidade em sua gestão (Brasil, 1990).

O caráter participativo instituído na lei 8.142/1990 é considerado um modelo de democracia avançada pois conta com representantes da sociedade permitindo a criação de estratégias considerando as particularidades das regiões, além do mais, através da criação destes espaços participativos é possível controlar, deliberar e fiscalizar sobre as políticas públicas nas três instâncias públicas (Rolim; Cruz; Sampaio 2013).

Neste contexto, Virgens e Teixeira (2022) e Bravo (2009) afirmam que a partir do processo de institucionalização da política de saúde, o Movimento da Reforma Sanitária não foi capaz de manter-se ativo em sua implementação, contribuindo para o destaque das entidades representantes da gestão do SUS: CONASS e CONASEMS, principais articuladores das Conferências e Plenárias em saúde.

Para Bravo e Menezes (2011, p. 31), “os Conselhos são uma renovação na gestão e apontam para a democratização da relação Estado-Sociedade a partir da inserção de novos sujeitos sociais na construção da esfera pública”. Em contrassenso, na prática, o que se obteve foram outros resultados na gestão da política pública de saúde, como, por exemplo, a grande evasão da participação popular nas instâncias representativas (Avritzer, 2012).

Outro fator que influenciou no trato às políticas de proteção social trata-se das reformas estatais que ocorreram a partir da década de 1990, atendendo à tendência mundial do neoliberalismo econômico. Devido às imposições do modelo neoliberal surgem novas formas de gestão da saúde que aceleram o processo de privatização, incorporando Organizações Sociais e Empresas privadas apropriando-se dos serviços públicos de saúde.

Aqui se expressam dois paradigmas centrais que estão em constante disputa na política de saúde: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária flexibilizada, este último, também conhecido como “projeto do SUS possível” é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, (Bravo, 2013).

É a partir de então que se evidencia na realidade brasileira o avanço do mercado na privatização e comercialização dos serviços de saúde, priorizando o lucro sobre o acesso universal e a qualidade do atendimento. Nesse contexto, tem se fortalecido os ideais que mobilizam a criação de sistemas de saúde baseado em seguros privados e prestadores de serviços para competir no mercado, deixando muitos desprovidos de assistência adequada devido a barreiras financeiras.

Com destaque para o histórico político-brasileiro que promoveu a série de readequações do Estado, o tópico seguinte abordará como se dá o retrocesso da política de saúde a partir do desfinanciamento crônico do SUS e os impactos negativos para os serviços de saúde.

1.2 O desfinanciamento do SUS e a fragilização dos serviços de saúde

Para dialogarmos sobre o processo de desfinanciamento do SUS é necessário situar alguns pontos relacionados às mudanças gerenciais que ocorrem no Estado brasileiro a partir da década de 1990 por conta dos avanços da perspectiva neoliberal.

De acordo com Dardot e Laval (2016) o neoliberalismo modificou significativamente o capitalismo contemporâneo. Para além disso, destacam que o neoliberalismo é um sistema normativo que estende a sua racionalidade sobre todas as esferas da vida. Neste sentido, os autores complementam:

O neoliberalismo, portanto, não é o herdeiro natural do primeiro liberalismo, assim como não é seu extravio nem sua traição. Não retoma a questão dos limites do governo do ponto em que ficou. O neoliberalismo não se pergunta mais sobre que tipo de limite dar ao governo político, ao mercado (Adam Smith), aos direitos (John Locke) ou ao cálculo da utilidade (Jeremy Bentham), mas, sim, sobre como fazer do mercado tanto o princípio do governo dos homens como o do governo de si (Dardot; Laval, 2016, p. 31)

O neoliberalismo vai se espalhando na medida em que se coloca como orientação para a contenção das crises estruturais no padrão de acumulação capitalista, inicialmente em meados da década de 1970 no cenário internacional (Keller, 2019). No Brasil, é a partir da década de 1990 que se iniciam as ocorrências da reestruturação Estatal de cunho extremamente privatista, legitimando o mercado enquanto agente capaz de gerir a coisa pública, enfraquecendo políticas e direitos sociais arduamente conquistados na Constituição de 1988 (Hoff, 2020).

Tal período representa para a sociedade brasileira o marco inicial para as reformas na administração pública que afetaram as políticas de proteção social. No que concerne à política de saúde, a nova racionalidade neoliberal compactua para seu desmonte, apesar do SUS ter sua lei orgânica aprovada em 1990, a máquina pública buscava readequações instruídas pelo Consenso de Washington² visando à diminuição do Estado e garantindo a modernização econômica, por meio da privatização de várias estatais.

Pereira (2007) afirma que o processo de transição democrática no Brasil foi marcado tanto pela crise econômica como também por regressões políticas que foram inauguradas no primeiro governo neoliberal de Fernando Collor de Mello (1990-1992), evidenciando a discrepância do discurso e da prática deste presidente e sua equipe, que posteriormente sofreu *Impeachment* em 1993. Não obstante, a autora também afirma que seu sucessor Itamar Franco, pouco contribuiu para a melhoria das condições sociais da nação tendo em vista que neste momento registrou-se o esvaziamento das políticas públicas, principalmente na área da assistência social e saúde.

Seguindo os preceitos neoliberais, nos governos de Fernando Henrique Cardoso – sendo o primeiro mandato de 1995 a 1998 e o segundo de 1999 a 2002 –, deu-se continuidade às privatizações e também foi incentivada a mercantilização na área da saúde e previdência social, por conta da maior proximidade com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Nestes governos, não houve avanços significativos no campo dos direitos sociais visto que a maior prioridade eram as questões econômicas (Pereira, 2007).

Em concordância, Soares (2019) afirma que o principal objetivo era o fortalecimento e expansão do capital através de um novo padrão de gestão e regulação social do Estado. Desse modo, este período foi marcado por uma modificação das relações entre Estado e Sociedade com vistas a manter aquecida a lógica capitalista que adveio com o processo de globalização e mundialização do capital.

Diante da realidade das contrarreformas estatais ocorridas desde 1990, a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002 trazia consigo um ar de conquista democrática para os movimentos sociais que estavam engajados na luta política e descontentes com o rumo político-econômico adotado pelos governos de viés neoliberal. Lula prometia políticas sociais que fossem conciliáveis com a lógica econômica, como forma de conter a insatisfação popular através do combate às desigualdades sociais.

² O Consenso de Washington foi um encontro ocorrido nos Estados Unidos, na década de 1990. É famoso por ser considerado o pontapé inicial do modelo econômico neoliberal, pregando aos países da América Latina diversas medidas de aceleração econômica.

Para Keller (2019), inicialmente, a vitória de Lula parecia um momento histórico distinto que romperia com o neoliberalismo, mas na realidade não houve essa descontinuidade, contudo buscou-se a conciliação de interesses econômicos e sociais. Neste contexto, o surgimento do período chamado “neodesenvolvimentista” demarca o início do governo petista, com a ressalva de que não houve qualquer tipo de superação do neoliberalismo, muito pelo contrário.

Tanto o neoliberalismo quanto o neodesenvolvimentismo se tratam de projetos político-econômicos e sociais que abrangem toda a sociedade brasileira, não sendo facilmente compreendidos, quando colocados de um lado ou de outro como polos antagônicos (Keller, 2019, p. 70).

Sobre o conceito de desenvolvimentismo, Menezes (2018, p. 89) explana que se trata “de um processo de modernização conservadora que consolidou a industrialização e o crescimento econômico, mas que não redistribuiu os resultados dessa expansão com a maioria da população trabalhadora”.

Keller (2019) e Menezes (2018) asseveram que o neodesenvolvimentismo ou desenvolvimentismo trazem a possibilidade de “harmonizar” as demandas sociais com aquelas da esfera econômica, através de uma aliança entre classes, com um capitalismo que abraça o viés social.

É neste sentido que Bravo (2009) esboça frustração em sua análise do governo Lula, principalmente no campo da saúde, pois a mesma afirma que as políticas sociais seguiram fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Um dos exemplos postos pela autora trata-se da 12ª. Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que objetivava definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as diretrizes a serem incorporadas pelo SUS, com ênfase na área de Recursos Humanos, um dos maiores desafios que o sistema vivenciava.

Apesar das tentativas, a Conferência não logrou o êxito esperado, evidenciando outras fragilidades que já estavam presentes desde a década de 1990, como, por exemplo: a proposta de desvinculação da CPMF³ da receita do setor saúde; a utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas; a decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde”, incluindo gastos com saneamento e

³ A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira trata-se de um tributo brasileiro que tinha finalidade de financiar a saúde, mas que acabava sendo direcionada para outros setores pois a lei era omissa na obrigatoriedade deste quesito. A cobrança da CPMF perdurou até o ano de 2007 evidenciando que menos da metade das contribuições foram aplicadas na área da saúde. (Agência Senado, 2023).

segurança alimentar, o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS (Bravo, 2009).

Neste contexto, Menicucci (2011, p. 524) afirma que, na verdade, nos mandatos de Lula “foram adotadas medidas de caráter incremental no longo e complexo processo contínuo de implementação do SUS e que aparentemente não trazem nada ou muito pouco de inovações”. Entretanto, a autora destaca de forma positiva a maior descentralização e autonomia dos entes na gestão de recursos e novas articulações vinculadas a fatores epidemiológicos e determinantes sociais para o aprimoramento do sistema, pois contribuiu para que a política de saúde incorporasse aspectos mais brandos, expondo assim maior preocupação quanto à qualidade de vida.

Na mesma perspectiva crítica, Keller (2019), afirma que apesar do discurso petista ir contra os ideais neoliberais reproduzidos por governos anteriores, o mesmo não conseguiu se desvencilhar desta lógica. Isto porque, mesmo com maiores intervenções no campo social, restou evidente que foram mandatos com atuações estratégicas que visavam continuar reproduzindo o ciclo que mantém o abismo social entre as classes detentoras de poder aquisitivo e a classe trabalhadora.

Além disto, escândalos de corrupção marcaram o governo petista. Registrou-se o financiamento ilegal de campanhas feitas com recursos doados de bancos e empresas em troca de favores e a compra de votos no Congresso, tendo em vista que o partido possuía menos de um quinto dos assentos no legislativo (o conhecido fenômeno do mensalão). Estas questões são mais detalhadas por Anderson (2020) em sua obra “Brasil à parte”.

Após o governo de Lula, Dilma Rousseff ganhou as eleições, sendo a primeira mulher eleita para a Presidência do Brasil. Com a promessa de dar continuidade ao governo de Lula, seu primeiro mandato perdurou de 2011 a 2014 e o segundo de 2015 a 2016, quando sofreu *Impeachment* por acusações relacionadas a crimes de responsabilidade fiscal.

No primeiro mandato de Dilma, registrou-se no campo da saúde contribuições mais voltadas para a atenção básica, além da criação de programas que visassem à valorização do profissional da saúde, entretanto, alguns ataques ao SUS se concretizaram em seu segundo mandato. Reis e Paim (2018) destacam as Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) 358/2013 e 451/2014, que tratam, respectivamente, do orçamento impositivo e de planos de saúde privados para todos os trabalhadores, ou seja, ações que demarcam uma diminuição do orçamento fiscal direcionado ao SUS e a consequente mercantilização da saúde através da abertura ao capital estrangeiro.

Numa perspectiva mais ampliada, Salvador (2020, p. 29) assinala que “o resultado mais imediato é a desestruturação das políticas sociais, notadamente por meio do desmonte do seu financiamento, no conflito distributivo de disputa do fundo público, sob a batuta de políticas de ajuste fiscal permanente sob a égide da financeirização do capital”. Neste sentido é perceptível uma nova fase política e social no Brasil, em que se modificam e se intensificam as formas de expropriação do fundo público, e que serão problematizadas mais a frente.

Keller (2019, p.95) elencou os seguintes motivos de crise do governo Dilma:

a) a onda de protestos iniciada em junho de 2013, que afrontava o sistema político-partidário brasileiro diante da extenuação do projeto de conciliação de classes; b) o processo de desaceleração econômica e aumento do desemprego c) os escândalos de corrupção denunciados na “Operação Lava-Jato”; d) a crise política do presidencialismo de coalização.

No quesito econômico, o primeiro mandato de Dilma contou com medidas de controle financeiro que se assemelhavam com as políticas adotadas por Lula. Entretanto, com a taxa de inflação em 6%, as medidas não foram suficientes para sustentar seu índice de aprovação perante à população. Seu segundo mandato mudou radicalmente o discurso, se colocando a favor das medidas de austeridade fiscal (Anderson, 2020).

A partir das constantes ameaças à classe trabalhadora, somados aos escândalos de corrupção herdados do governo antecessor, Dilma Rousseff foi retirada do poder devido às acusações referidas ao crime de “pedaladas fiscais”. Após dois anos da condenação (2020), o processo contra Dilma foi extinto pelo Tribunal Regional Federal.

De acordo com Ribeiro (2015), não houve violações à lei orçamentária considerando que a) a abertura de créditos suplementares estava amparada em Lei; b) as pedaladas fiscais não se enquadram na vedação prevista na Lei de Responsabilidade Fiscal; c) os crimes de responsabilidade fiscal devem ser ponderados em conjunto com princípios que asseguram a continuidade do serviço público e a previsão de riscos de falência estatal.

Tais acontecimentos evidenciam a disputa por interesses econômicos e políticos que rondaram o processo de afastamento de Dilma, entretanto, restou comprovada sua inocência e até o ano de 2024 o referido processo encontra-se arquivado pelo Tribunal Regional Federal da 1ª Região.

Neste período de crise do governo petista, a partir de 2016, passam a tramitar diversas emendas constitucionais e projetos de lei que contribuíssem para o fortalecimento do conservadorismo neoliberal assumido por Michel Temer, em prol do “consenso burguês” (Keller, 2019). Seu governo está circunscrito em meio às contrarreformas trabalhistas e

previdenciárias que ocasionaram inúmeras perdas à classe trabalhadora. Mélllo, Albuquerque e Santos (2022, p. 845) compreendem que o mandato de Temer reproduz

uma sequência de políticas de caráter autoritário e antidemocrático, promovendo ajuste fiscal e prioridade absoluta para pagamento da dívida pública, reforma da legislação trabalhista, com supressão de direitos e redução do custo do trabalho, mercantilização de empresas nacionais fundamentais para a garantia de soberania nacional, abrindo todos os setores da economia às empresas estrangeiras.

Outro fator que também corrobora para o enfraquecimento do SUS, a partir do governo Temer, é o falso discurso de que a saúde pública universal é insustentável diante da complexidade do sistema, quando na verdade o maior interesse perdura na imposição dos planos de saúde privados, movimentando um mercado promissor, deslocando o fundo público de forma a priorizar os setores privados (Menezes, 2018).

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) destacam que se inicia uma nova fase de desmonte do Estado brasileiro e da saúde pública a partir dos seguintes documentos: Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social. Em síntese os documentos⁴ propunham medidas de copagamento no SUS, ajustes fiscais, cortes nos gastos sociais e o incentivo à cobertura de planos privados acessíveis.

Entretanto, um dos maiores desdobramentos negativos do mandato de Temer trata-se da Emenda Constitucional (EC) n° 95/2016 que limita e congela os gastos do governo federal pelos próximos 20 anos, perdurando assim até 2036. Esta medida consolidou o subfinanciamento crônico da política de saúde tendo em vista às imposições do novo regime fiscal.

Desta maneira, durante alguns anos o orçamento tornou-se precário e insuficiente para o sistema, fazendo com que os recursos fossem realocados para a média e alta complexidade, dificultando a manutenção da atenção primária, onde o usuário passa a ter mais dificuldades de acessar o sistema (Melo; Melo, 2020).

⁴ Os autores apresentam cada documento da seguinte forma: 1. Agenda Brasil: impulsionada por Temer, era um conjunto de propostas econômicas elaboradas pelo Senado para retomar o crescimento econômico, impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, sob o argumento de evitar a judicialização da saúde; maior desvinculação de Receitas da União; e introdução do copagamento no SUS de acordo com a renda do cidadão. 2. Uma Ponte para o Futuro: Proposta pelo PMDB, este plano previa uma série de medidas de ajuste fiscal e reformas estruturais. Seu objetivo era equilibrar as contas públicas, limitando os gastos do governo e promovendo reformas como a trabalhista e a previdenciária. 3. Travessia Social: Complemento do programa econômico "Uma Ponte para o Futuro", focava na área social. Propunha medidas para mitigar as consequências mais graves decorrentes das reformas econômicas sobre as camadas mais vulneráveis da população. Na saúde a ênfase era no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados. Estes documentos evidenciam o consenso ultraneoliberal que se estabeleceu no governo, marcando a entrada do conservadorismo na política.

A aprovação da referida emenda fez com que o SUS perdesse grande parte de seu financiamento, tornando-o precário frente à crise sanitária que se instaurou no ano de 2020. Historicamente, os cortes orçamentários se fizeram presentes, entretanto a pandemia demandou recursos e investimentos emergenciais na saúde que não estavam disponíveis para a população, colocando em evidência ainda maior a crise do sistema de saúde brasileiro.

Apesar do prazo proposto pela EC n° 95/2016 é importante frisar que, devido à situação de calamidade pública ocasionada pela proliferação do vírus da Covid-19, algumas alterações foram propostas na PEC n° 109/2021 em caráter emergencial, o que possibilitou um reequilíbrio das contas públicas, além da alocação de recursos emergenciais para a saúde, embora estes ajustes tenham sido insuficientes e desproporcionais às reais necessidades do país.

Dando seguimento a linha de representantes da República, o mandato de Temer findou em 2018, sendo seu sucessor Jair Messias Bolsonaro. Seu governo foi responsável pela suspensão do Programa Mais Médicos (PMM) e encerramento do acordo entre Cuba e Brasil, reduzindo drasticamente a atenção à saúde em diversas regiões do País. No ano de 2019 implementou o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) excluindo a participação de médicos estrangeiros. Suas ações levaram ao fortalecimento do projeto de privatização em saúde, impactando nos números de cobertura vacinal e mortalidade infantil e materna (Mello; Albuquerque; Santos, 2022).

Dentre as medidas de retrocesso registradas em seu governo destaca-se o Decreto n° 9.759 de abril de 2019⁵ que extinguiu diversos conselhos, comissões, grupos, fóruns, entre outros previstos pelo Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Esta medida revelou o desinteresse de Bolsonaro com a saúde pública, somada a diversas ações que colaboraram para o desmonte da política e enfraquecimento da participação social.

Em meio ao cenário de crise sanitária, iniciado em meados de 2020, as ações de Bolsonaro se sobrepuseram negativamente sobre a gestão do sistema de saúde pública. Alinhado à extrema direita, Bolsonaro apresentou um programa de governo com ações de cunho radicalmente neoliberal que contribuíram com o desmonte do SUS, demonstrando que a atenção continuaria voltada para medidas de fortalecimento econômico em prol da mercantilização da saúde.

Como resultado, a resposta do Brasil foi catastrófica: falta de coordenação e cooperação entre os entes, insuficiência de insumos para prevenção e combate ao vírus, atraso

⁵ O decreto foi revogado com a retomada de Luiz Inácio ao poder, através do Decreto n° 11.371 de 2023.

na aquisição de vacinas, dentre outros. Jair Bolsonaro adotou práticas conservadoras e autoritárias que dificultaram o diálogo com a sociedade, no campo da saúde:

o governo avançou na privatização da saúde, dando início à operacionalização da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e sinalizando a criação de uma base de dados abertos chamada *open health*, via Medida Provisória, para que empresas ofereçam planos de saúde mais baratos, a fim de diminuir a ‘sobrecarga’ do SUS (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 850).

Esta manobra, sem aval do Ministério da Saúde, contou com encorajamento do Ministro da Economia à época, Paulo Guedes e visava a privatização da Atenção Primária em Saúde, entretanto, foi fortemente criticada pela sociedade civil e por parlamentares da oposição no Congresso. Bolsonaro priorizou emendas parlamentares através de cortes orçamentários que são assegurados com o Teto de gastos. A saúde pública chegou a registrar um percentual de 50% de corte em diversas áreas: Farmácia Popular, Saúde Indígena, formação de profissionais da saúde e da Atenção Primária de Saúde (Brasil de fato, 2022).

Com vistas a atenuar o cenário de cortes orçamentários do SUS, o retorno de Luiz Inácio Lula da Silva à Presidência, via eleições no ano de 2022, contou com a PEC da transição nº 106/2022 e apresentou potencial para fortalecer o sistema de saúde pública no Brasil, com maior flexibilidade fiscal para investimentos essenciais.

Apesar de uma retomada democrática, os recursos para a Saúde ainda se encontram abaixo de 4% do Produto Interno Bruto brasileiro, dentre as problemáticas herdadas do governo anterior tem-se uma crise ampliada no âmbito da saúde que se revela por meio da diminuição nos índices de vacinação, avanço de doenças que já eram erradicadas, dentre outras. Entretanto, uma das preocupações ainda paira sob a sustentabilidade fiscal a longo prazo e a necessidade de um equilíbrio cuidadoso entre gastos sociais e controle das finanças públicas (Brasil de fato, 2024).

Diante das reflexões aqui feitas, nota-se que o avanço do neoliberalismo no Brasil contribuiu para a redução do Estado na promoção de políticas sociais, abrindo caminho à privatização de empresas estatais, ao amplo corte de gastos que tem contribuído para o desfinanciamento da saúde pública e retrocesso da proteção social como um todo.

Nessa esteira de avanços do neoliberalismo no campo da saúde, situa-se o estímulo dado pelos governos para realização das parcerias público-privadas e atuação de organizações sociais na saúde desempenham ações delegadas pelo Estado nas mais variadas esferas da sociedade. Desta maneira, é perceptível que a conjuntura política contribuiu até determinado ponto para manter o consenso de classes resguardado no período de redemocratização,

entretanto, a partir da década de 1990 e, posteriormente, com o esgotamento do governo petista, o país têm adotado medidas tenebrosas, que demarcam o enfraquecimento das políticas de proteção social.

Diante da nova forma de gestão do Estado, se faz pertinente compreender sobre como ocorre este processo no Estado brasileiro e qual o real papel das parcerias público-privadas e demais entidades que foram criadas para atender às ações delegadas pelo Estado. Reflexões que se colocam no tópico seguinte.

1.3 A relação Estado e Sociedade em meio às parcerias público-privadas: os rebatimentos para a saúde pública.

As reflexões anteriormente feitas nos mostram que o Estado tem um papel central na dinâmica da sociedade, e que este sofre interferência direta do meio político, econômico e social. Assim, analisar criticamente o Estado exige reflexões acerca dos desafios que surgem na cena contemporânea, bem como as contradições que o envolvem.

Neste liame, Pereira (2001) afirma que o Estado exerce a função de regulador de interesses, embora não seja “um fenômeno unívoco, isto é, igual ou idêntico em todos os momentos históricos e em todos os contextos socioculturais e, por isso, não expressa um conceito universal e absoluto” (p. 25).

Em sua análise sobre o Estado e seu processo de regulação social, a autora também afirma que é a sociedade quem cria o Estado, entretanto, no decorrer de suas metamorfoses, o próprio Estado passa a impor-se sobre a sociedade e dominá-la. Não obstante, as reflexões sobre as origens da figura do Estado passeiam desde a Grécia antiga, idade média e adentram ao Estado liberal dos séculos XVII – XIX.

Hoff (2020) traz algumas reflexões sobre o período clássico da história a partir das contribuições de Hobbes, Locke e Rousseau, em que o Estado perpassa por características distintas defendidas por estes intelectuais, sendo, respectivamente o Estado Leviatã, Estado de natureza e Estado democrático. Entretanto, é com a consolidação do sistema capitalista que o Estado em seu caráter liberal (ou burguês) passa a ganhar análises críticas, sendo este último nosso ponto de partida.

Marx e Engels (2005) definem o Estado moderno como comitê da classe dominante para assegurar a reprodução desta classe, transpondo os interesses da coletividade em prol de seus próprios interesses.

A burguesia, com o estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial, conquistou, finalmente, a soberania política exclusiva no Estado representativo moderno. O executivo no Estado moderno não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa. (Marx; Engels, 2005, p. 42)

Coutinho (1995), ao dialogar com a obra de Marx e Engels, enfatiza que o Estado liberal carrega consigo a lógica de intervenção mínima, por isto, só deve intervir quando for necessário, pois serve a um tipo específico de interesse: dos que se beneficiam com a compra da força de trabalho. Por esta razão opta por valorizar a garantia dos direitos civis, restringindo os direitos sociais.

Marx e Engels entendem que a divisão da sociedade em classes é o ponto de partida para entender o papel do Estado, no entanto, é com as contribuições de Gramsci que se ampliam as concepções sobre o Estado, considerando-o espaço permeado pela luta de classes em disputa pela hegemonia (Coutinho, 1999).

Neste contexto, com as transformações vivenciadas a partir do século XIX, como o sufrágio universal, a criação dos sindicatos, a diminuição da jornada de trabalho e a politização da classe trabalhadora é notória a expansão de direitos de cidadania e o fim do caráter restrito do Estado (Coutinho, 1995; Pereira, 2001).

É devido as reivindicações da classe operária que o Estado adere às estratégias de proteção social básica. Nesta trama, os atores políticos contrários à coerção do Estado configuram-se como uma classe diversa que atua como mecanismo hegemônico afim de buscar o consenso entre classes, a Sociedade Civil. (Coutinho, 1995).

O Século XX nos apresenta uma série de fatores e eventos históricos que contribuem para uma reatualização do liberalismo conforme já mencionado anteriormente. A partir das contribuições de Dardot e Laval (2016), nota-se que a racionalidade neoliberal se tornou forma de governança e afeta profundamente o papel do Estado e da Sociedade Civil.

Neste contexto, emerge um novo paradigma no cenário brasileiro a partir da década de 1990 para atender aos interesses do Consenso de Washington: a Reforma gerencial do Estado. Como reflexo das tensões da época, foi instituído o Ministério da Administração de Reforma do Estado que, na figura do Ministro Bresser Pereira propunha um plano diretor para implementar novas formas de gestão na Administração Pública Federal (Avelino; Fonseca; Pompeu, 2020).

Barroco (2021, p. 50) menciona quatro dimensões que justificam, na visão de Bresser, a reforma do Estado: “a delimitação da abrangência institucional e a redução do tamanho do

Estado, a definição do papel regulador do Estado; o aumento da capacidade de governança, assim como o aumento da governabilidade”.

O plano de reforma tinha como objetivo promover uma reestruturação profunda nas instituições públicas e na administração do Estado, visando torná-las mais eficientes, transparentes e voltadas para o atendimento das demandas da sociedade. Entretanto, a partir deste período houve maior abertura ao mercado para a execução de políticas públicas, período em que se evidenciam novas conformações da relação público-privado no Brasil.

Dentre as controvérsias do Plano, questões como privatizações, descentralização e eficiência e qualidade dos serviços foram bastante debatidas à época, e, de certa forma, as discussões refletiram as diferentes perspectivas e interesses da sociedade brasileira.

Para Pereira (2005), esta relação público-privada trata-se de um novo paradigma herdado do processo de reestruturação capitalista que se torna referência na definição e implementação das Políticas Sociais e do Estado,

o novo paradigma transita, assim, da ideia de produção em larga escala de produtos padronizados, característico das economias de escala do período fordista, para a noção de adaptação/inação de produtos e processos que, a baixos custos, permitam maior adequação e presteza de resposta aos requisitos da demanda, como comportamento característico das economias de escopo (Pereira, 2005, p.3).

Estas noções são incorporadas pelo Estado afim de atender critérios agora postos por políticas econômicas de orientação neoliberal, ocasionando uma diminuição da atividade estatal no âmbito da proteção social, conforme as discussões anteriores têm nos mostrado. E neste cenário, surgem novos atores que compõem a Sociedade Civil, agora responsáveis por suprir a suposta insuficiência estatal através de parcerias público-privadas.

De acordo com o art. 2º da Lei nº 11.079/2004⁶, as parcerias público-privadas são contratos administrativos de concessão que podem ser firmados entre os órgãos da administração pública direta e indireta. Isto é, são acordos do governo com entidades privadas que podem contribuir no controle, financiamento, desenvolvimento e gerência de serviços públicos de diversas áreas.

As parceiras público-privadas são justificadas a partir da ideia de melhoria da eficiência na prestação de serviços públicos a partir de recursos financeiros públicos e privados, sob a ótica da economia de custos, e maior capacidade de entrega. Entretanto, alguns dos desafios que as parcerias público-privadas acarretam à máquina pública brasileira

⁶ Esta lei institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública que coadunam com o art. 175 da Constituição Federal, que garante ao Poder Público a concessão/missão para prestação de serviços públicos através de processo licitatório.

têm se tornado mais evidentes no final do século XX e início do século XXI. Algumas questões como a transparência, os elevados custos da prestação de serviços e a privatização de serviços essenciais têm ocasionado significativas perdas para a classe trabalhadora.

Neste contexto, a redução do Estado foi implementada a partir da transição de seu papel de executor para regulador, deslocando responsabilidades públicas e modificando a relação entre Estado e sociedade (Pereira, 2005; Avelino, Fonseca, Pompeu, 2020).

O plano diretor implementado no mandato de Fernando Henrique Cardoso estipulou diretrizes para uma ampla reforma do aparelho estatal a partir da coordenação entre Mercado e Estado com vistas a contornar a crise econômica da década de 1980. Em contrapartida, era necessário apoio da sociedade para o que se propunha no documento. Na visão de Pereira (2005, p. 6):

estabelecem-se processos de participação que, por um lado, transferem prestação de bens e serviços para o setor público não-estatal sob o suposto fortalecimento da sociedade civil; por outro, definem-se estratégias de avaliação fundadas no pressuposto da participação dos grupos sociais na formulação, implementação e controle das Políticas Públicas.

Desta forma, ocorre o alargamento da participação política de atores da sociedade civil, fazendo com que o terceiro setor passe a não mais complementar, e sim substituir as atividades estatais em funções e atribuições não exclusivas (Hoff, 2020).

No que se refere à área da saúde, as medidas da reforma abriram um leque de possibilidades favoráveis ao mercado para a comercialização de serviços de saúde. Por exemplo, as Organizações Sociais, previstas expressamente no plano diretor, apresentavam uma capacidade de adaptar-se tanto às condições de mercado em geral, quanto às questões ligadas ao mercado de trabalho e isto contribuiu para o aumento das parcerias público-privadas em suas diversas modalidades.

Neste contexto, o crescimento exponencial da mercantilização da saúde brasileira contribuiu para maiores incrementos do Banco Mundial. Com isso, se fez necessária a implementação de mecanismos de competição nos sistemas de saúde entre prestadores públicos e privados para os repasses financeiros do Estado, agora materializados através de Leis federais, estaduais e municipais. (Barroco, 2021; Andreazzi, Bravo, 2014).

O quadro 3 permite melhor aproximação às organizações que estão presentes no terceiro setor e sustentam as relações público-privadas.

Quadro 3 Organizações do Terceiro Setor

Nome	Definição
Organização da Sociedade Civil	Trata-se do termo central envolvendo estas entidades e foi reconhecido na lei 13.019/2014, conhecida como marco regulatório das Organizações da Sociedade Civil. É a partir das OSCs que surgem as demais organizações com suas respectivas delimitações.
Organização da Sociedade Civil de Interesse público	As OSCIPs têm possibilidade de atuação mais ampla e podem se envolver em várias áreas de interesse público, desde que atendam os critérios estabelecidos na Lei nº 9.790/1999.
Organização Social	As OS estão mais relacionadas à gestão de serviços públicos específicos, neste caso, entidades qualificadas como OSs podem substituir e absorver as funções de entidades e órgãos extintos pela Administração Pública, em um processo chamado de Publicização.

Fonte: Idis.org.br (adaptado pela autora).

No caso das Organizações Sociais, as leis que amparam sua criação são a lei nº 9.637/1998 a qual dispõe sobre sua qualificação e lei nº 9.790/1990 que dispõe sobre as demais Pessoas Jurídicas de direito privado, chamadas de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

A principal diferença entre Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) está na regulamentação legal, nas áreas de atuação e nos requisitos de qualificação. As OS estão mais relacionadas à gestão de serviços públicos específicos, enquanto as OSCIPs têm possibilidade de atuação mais ampla e podem se envolver em várias áreas de interesse público.

A fim de tornar mais clara as distinções legais, o relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) (2023) apresenta quadro com as principais diferenças entre as modalidades de parceria.

Quadro 4 Principais diferenças entre as modalidades de parceria

INFORMAÇÃO	OS	OSCIP	OSC
Substituição de órgãos	Foram idealizadas para substituir órgãos públicos	Não foram idealizadas para substituir órgãos públicos	Não foram idealizadas para substituir órgãos públicos
Gerenciar equipamento público	Gerenciam equipamento público por meio de cessão de bens	Não podem receber cessão de bens públicos	Não podem receber cessão de bens públicos
Receber recursos orçamentários	Podem receber	Podem receber	Podem receber
Cessão de servidores públicos	Podem receber servidores cedidos para compor forças de trabalho	Não podem receber servidores	Não podem receber Servidores
Instrumento de formalização	Contrato de gestão	Termo de parceria	Termo de colaboração, termo de fomento e acordo de

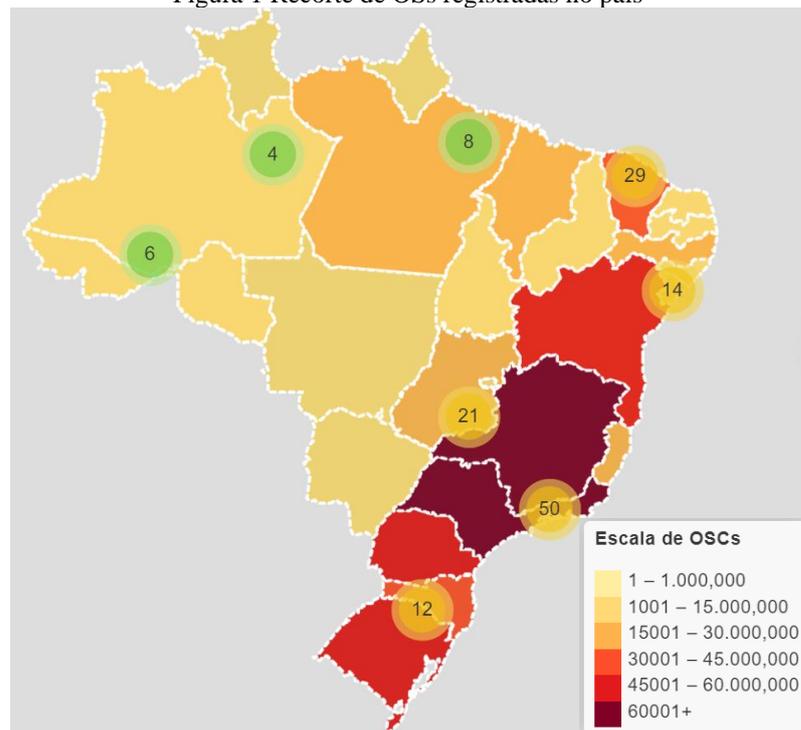
			cooperação
Ato de qualificação	Ato discricionário	Ato vinculado	Não há qualificação
Quem faz a Qualificação	Ministro de estado ou equivalente em entes estaduais ou municipais	Ministro da justiça ou equivalente em entes estaduais ou municipais	Não há qualificação
Conselho de Administração	Necessário	Não é necessário	Não é necessário
Conselho fiscal	Não é necessário	Necessário	Não é necessário
Previsão da participação de membros do poder público	Exige a participação	Não há previsão	Não há previsão
Consequências da desqualificação ou da extinção da parceria	Valores financeiros recebidos pela parceria e bens públicos revertidos à administração pública	Bens adquiridos com recursos públicos transferidos à outra entidade qualificada como OSCIP	Valores financeiros e bens adquiridos com recursos provenientes da parceria transferidos para a administração pública

Fonte: TCU (2023).

A partir da análise do quadro é possível constatar que cada modalidade de parceria possui papel e restrições específicas dentro do marco legal brasileiro, especialmente na forma como podem atuar e receber recursos. Entretanto, o relatório registra que diversos municípios brasileiros têm utilizado estas parcerias de maneira distinta ao que é previsto na lei, o que evidencia a baixa capacidade gerencial dos entes federativos (TCU, 2023).

Na figura 1 abaixo tem-se um recorte das Organizações Sociais registradas ao redor do País disponibilizado no Mapa das Oscs, em que é possível realizar a busca em tempo real.

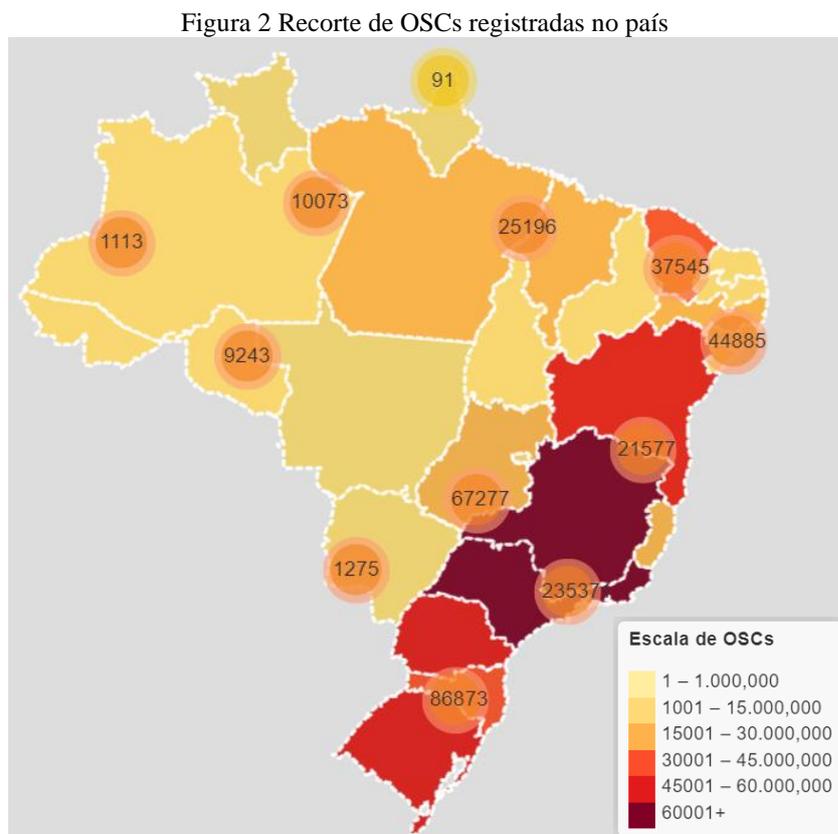
Figura 1 Recorte de OSs registradas no país



Fonte: mapaosc.ipea.gov.br (adaptado pela autora, 2024)

Os filtros utilizados retornaram o total de 144 OSs e consideraram o ano de fundação (1900-2024); a natureza jurídica (Organização Social); área/subárea de atuação (hospitais, outros serviços de saúde). O que se observa é a prevalência de organizações na região Sudeste, seguida da região Sul e uma parcela da região Nordeste.

Devido à amplitude de serviços que podem ser ofertados por OSCs, vê-se uma disparidade expressiva no quantitativo de entidades registradas na imagem a seguir (figura 2).



Fonte: mapaosoc.ipea.gov.br (adaptado pela autora, 2024)

Neste, os filtros aplicados retornaram 540.519 OSCs, considerando a natureza jurídica (associação privada, fundação privada, organização religiosa); área/subárea de atuação (habitação, cultura e recreação, assistência social, meio ambiente e proteção animal, educação e pesquisa, religião e outras atividades não associadas à saúde). É possível perceber que em ambas as imagens a região Sudeste lidera o ranking das relações público-privada, o que também dialoga com os resultados deste estudo.

Outra estratégia também relacionada a estas formas de parcerias público-privadas trata-se da terceirização, que já está mais direcionada para as questões do mercado de trabalho, pois possibilita a contratação de empresas privadas para realizar atividades e funções

que antes (também) eram de responsabilidade do Estado. Esta medida encontra-se amparada pela Lei nº 13.429/2017, em que as regras preveem a prestação de serviços e mão de obra para atividades-fim, não mais voltada apenas para atividades-meio, como serviços de segurança e limpeza.

Esta Lei contribuiu para a flexibilização do mercado de trabalho, e conseqüentemente, a precarização dos vínculos e condições de trabalho ofertados à classe trabalhadora, atacando as formas de proteção social (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018). Sancionada pelo Presidente da República a época, Michel Temer, foi apenas mais uma das estratégias de contrarreforma do Estado brasileiro.

A ampla gama de mecanismos adotados a partir do conceito central de parceiras público-privadas nos mostra que existem dois tipos de privatização, sendo a privatização clássica em que ocorre a venda/repasso do patrimônio público para o privado; e a privatização não clássica, em que não há relação com o repasse total do público e sim a prestação de serviços a partir da criação de novas personalidades jurídicas que passam a compor a Administração Pública.

Trata-se de um conceito também discutido no Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Constatou-se que as privatizações não clássicas se tornaram necessárias atualmente porque não se tem mais como entregar o patrimônio público da forma clássica, sendo formas não clássicas as OSs, OSCIPs e Fundações Públicas de Direito Privado. Além do mais, este processo de privatização tem se tornado cada vez mais velado e, por vezes, é defendido por muitos trabalhadores que não compreendem o real objetivo por trás dos processos de privatização.

Em meio às diretrizes implementadas no processo de contrarreforma do Estado brasileiro é importante destacar que houve, principalmente na saúde, resistência da sociedade em diversos aspectos, de diferentes campos e argumentos (Andreazzi; Bravo, 2014).

Neste contexto de resistências a reforma democrática conquistada com os preceitos constitucionais de 1988 foi confrontada pela hegemonia de discurso liberal que valorizava o predomínio de decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional, visando a desconstrução de um Estado Social (Fleury, 2009).

No contexto geral das políticas de proteção social, Avelino, Fonseca e Pompeu (2020) acreditam que as resistências ocorreram porque a partir da década de 2000 o projeto de participação social teve que buscar estratégias para fortalecer a influência da sociedade perante o Estado devido às implicações neoliberais. A partir dos esforços, a implementação de mecanismos participativos nas mais variadas instâncias governamentais foi um projeto

antagônico e alternativo ao poder hegemônico que também era expresso no plano diretor de reforma do Estado.

Ao que se refere ao conceito de hegemonia pode-se compreendê-la como ordem de dominação e imposição construída a partir de instituições que organizam o consenso e a coerção. E neste contexto, considera-se o Estado brasileiro como um ator hegemônico e que busca fortalecer valores, normas e práticas condizentes com o grupo político dominante. Através de funções pedagógicas assumidas pelo Estado torna-se possível a construção, consolidação e reprodução da direção cultural condizente com a classe hegemônica (Fleury, 2009).

Portanto, o plano diretor proposto por Bresser Pereira em meados de 1995 inaugura uma nova conjuntura político-econômica no Brasil, baseada no neoliberalismo. Ou seja, é também um instrumento utilizado para propagar os ideais da classe dominante e a partir das proposições e modificações que foram feitas na administração pública, o Estado incorpora novas personalidades para assim delegar serviços e funções, é então que as variadas formas de parcerias público-privadas passam a ganhar espaço, inclusive no contexto normativo.

O referido plano, numa perspectiva gerencialista, tem como proposta aspectos positivos para a eficiência e eficácia da máquina pública, entretanto, numa perspectiva crítica, é possível observar que não houve pleno reconhecimento dos direitos previstos na Constituição, pelo contrário, contribuiu para o retrocesso que a sociedade tem experienciado no que se refere à regressão de direitos e preceitos constitucionais arduamente conquistados em 1988.

Há uma modificação na prestação de serviços por parte do Estado, contribuindo para o sucateamento de políticas públicas devido sua oferta terceirizada, repassando a execução de políticas públicas às novas instituições não governamentais e não lucrativas, originando assim a esfera pública não-estatal (Andreazzi; Bravo, 2014).

Outro ponto que será discutido no próximo capítulo trata-se da apropriação do fundo público, fator de constantes discussões na sociedade devido à má utilização e direcionamento de recursos públicos que conseqüentemente tornam as políticas públicas e serviços fragilizadas e focalizadas.

CAPÍTULO 2 - PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

2.1 A força das parcerias público-privadas e a disputa do fundo público

Diante das reflexões anteriores evidenciou-se que as parcerias público-privadas (PPPs) têm emergido como um mecanismo estratégico a partir da lógica neoliberal com o discurso de melhoria da infraestrutura e serviços públicos no Brasil, especialmente no setor da saúde. Essas colaborações entre o governo e o setor privado visam combinar recursos, expertise e eficiência para enfrentar desafios crônicos, como o subfinanciamento da política de saúde.

No entanto, a implementação das PPPs na saúde pública levanta questões sobre a alocação do fundo público, a transparência e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, a disputa pelo fundo público torna-se um ponto crítico, onde é necessário equilibrar os interesses econômicos do setor privado com as necessidades sociais e o direito à saúde da população.

Portanto, a discussão do fundo público (e sua apropriação pelo privado) está intrinsecamente atrelada à dinâmica do sistema capitalista que se encontra em seu terceiro estágio de desenvolvimento (Behring, 2009).

Behring (2009) ressalta que o capitalismo passou por três fases: a) livre-concorrência; b) imperialismo clássico (constituição dos monopólios) e c) capitalismo tardio. O período de livre-concorrência marcou o processo de transição do feudalismo para o capitalismo, através da expansão do comércio e das grandes navegações; o imperialismo clássico contou com os avanços da Revolução Industrial e acesso às novas fontes de matérias-primas; enquanto o capitalismo tardio viveu dois grandes momentos: expansivo, marcado pelas altas taxas de crescimento e auge do keynesianismo-fordismo e a fase de estagnação vivenciada a partir do final dos anos 1960 e início dos anos 1970.

Neste contexto, o capitalismo tardio, que tem como uma de suas bases de sustentação a revolução tecnológica, tende à estagnação e a concentração de riqueza em níveis cada vez mais crescentes. É então que o fundo público passa a ser utilizado para mitigar essas contradições, através de políticas de redistribuição de renda, programas de bem-estar social e investimentos em infraestrutura (Pelaez; Ladeira, 2005).

Isto ocorre porque o argumento político, ideológico e econômico das décadas de 1970-1980, fruto de um amplo movimento internacional, atrelava a necessidade de reforma estatal

devido à sobrecarga do Estado de bem-estar social. Justamente neste contexto emerge a necessidade de medidas para controlar a despesa pública, pois acreditava-se que este era o motivo das crises fiscais (Cavalcante; Nogueira, 2020).

Devido à crise do capital e seus desdobramentos, cresce o interesse por serviços e modelos gerenciais de planejamento que servem de monitoramento para políticas públicas e recursos públicos direcionados a estas (Ximenes, 2015). É a partir desta condição que a apropriação do orçamento público passa a ser vista como saída para garantir o lucro do capital.

Este período de capitalismo financeirizado caracteriza-se também pelas propostas neoliberais de transferência da proteção social do Estado para o mercado. Tal fenômeno faz com que os mercados financeiros passem a disputar o fundo público em prol da venda dos benefícios da seguridade social (saúde, previdência e assistência),

pressionando pelo aumento das despesas financeiras do orçamento estatal, o que passa pela remuneração dos títulos públicos emitidos pelas autoridades monetárias e negociados no mercado financeiro, os quais se constituem importante fonte de rendimentos para os investidores institucionais. Com isso, ocorre um aumento da transferência de recursos do orçamento público para o pagamento de juros da dívida pública, que é o combustível alimentador dos rendimentos dos rentistas. Nesse bojo, também se encontram generosos incentivos fiscais e isenção de tributos para o mercado financeiro à custa do fundo público (Salvador, 2010, p. 606).

Soares (2019), em concordância com Salvador (2010), afirma que o fundo público desempenha um papel singular no modo de produção capitalista, pois implica em novas tendências nas políticas sociais atendendo aos requisitos neoliberais, através da mercantilização, focalização, seletividade e privatização destas políticas. Desta maneira, os recursos que deveriam ser direcionados às políticas públicas são utilizados para o pagamento de dívida pública, alimentando o então capital portador de juros.

Ximenes (2015, p. 71) explicita que a partir da ampliação do papel do Estado na sociedade e na economia, “a atividade financeira estatal pôde orientar-se para influenciar a conjuntura econômica, sobrepondo-se à iniciativa privada”. Desta forma, o orçamento estatal torna-se um instrumento interventor na economia perante a sociedade. Expresso na Lei Orçamentária Anual (LOA) é evidente como se dá a mobilização de recursos que o Estado tem para intervir no mercado e amparar instituições financeiras (Salvador, 2010). Além da LOA, o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) também integram os instrumentos de planejamento e controle orçamentário. O quadro 4 sistematiza-os:

Quadro 5 Instrumentos de planejamento e controle orçamentário brasileiro

INSTRUMENTO	FUNÇÃO
Plano Plurianual (PPA)	Estabelece as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública. É elaborado a cada início de mandato presidencial, governamental ou legislativo. Serve de base para elaboração da LDO e da LOA
Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	Estabelece parâmetros necessários à alocação dos recursos no orçamento anual, de forma a garantir, dentro do possível, a realização das metas e objetivos contemplados no PPA. Define as regras para a execução do orçamento, como limites de despesas, autorizações para a realização de operações de crédito e estabelece os critérios para a destinação de recursos a áreas como saúde, educação e assistência social.
Lei Orçamentária Anual (LOA)	Estima receitas e fixa as despesas para um exercício financeiro. De um lado, permite avaliar as fontes de recursos públicos no universo dos contribuintes e, de outro, quem são os beneficiários desses recursos.

Fonte: Câmara dos deputados (adaptado pela autora).

Em síntese, os instrumentos de controle orçamentário brasileiro desempenham um papel fundamental na gestão do Fundo Público, assegurando que os recursos sejam alocados de forma planejada e transparente, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo governo, prioridades estas que têm se tornado cada vez mais articuladas com a lógica de mercado.

Isto ocorre porque os governos atuais superaram o mero planejamento da administração pública, tornando a economia como centro de sua política, implicando em novas formas de gestão que empregam parcerias entre público e privado (Ximenes, 2015).

Outro motivo que também contribui para isto consiste nas particularidades do desenvolvimento capitalista no Brasil, em que a “característica cultural e histórica de processos feitos pelo ‘alto’ e uma emancipação que não se realizou no horizonte de uma independência plena, foi forjando ao longo da história novas formas de subsunção aos polos centrais” (Soares, 2019, p.45).

Portanto, resta evidente que “o acelerado crescimento econômico do Brasil, por mais de 50 anos no século XX, não foi capaz de obter resultado da mesma magnitude dos países do capitalismo central, mantendo grande parte de sua população com condições precárias de vida e trabalho” (Salvador, 2010, p. 608). Estas condições históricas explicam como se dá a manutenção do orçamento público brasileiro: sustentado pela classe trabalhadora.

Fica explícito que as reformas no sistema tributário asseguram a acumulação capitalista enquanto aplicações financeiras são menos tributadas, a exemplo da extinta CPMF que era direcionada para outros setores. Assim as reais necessidades da população não são quesitos para a consolidação de direitos sociais. Lupatini (2012) destaca que, contrariamente aos interesses da classe trabalhadora, o fundo público passa a ser drenado para valorização do capital, refletindo assim na expansão do capital fictício. Isto ocasiona o crescimento da dívida

pública devido ao redirecionamento de impostos pagos pela população que servirão para amortização de juros aos detentores de títulos públicos.

Ressalta-se ainda que a dívida pública de um país é composta por títulos de dívida que o governo emite para financiar suas operações, como investimentos em infraestrutura, programas sociais e outras despesas. Esses títulos de dívida são frequentemente comprados por investidores, incluindo instituições financeiras, fundos de investimento e até mesmo indivíduos que representam os interesses do Estado capitalista e visam salvar o grande capital.

Este processo ocorre de forma explícita a partir de medidas como

facilitação na entrada e na saída de recursos do e para o exterior; isenção do Imposto de Renda (IR) da remessa de lucros e dividendos ao exterior e dedução dos juros sobre o capital próprio das empresas do lucro tributável do IR e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (Lei n. 9.249/95); redução da alíquota de IR a zero para investidores estrangeiros no Brasil (MP n. 281, de 15/2/2006), o que estimulou os bancos estrangeiros com filiais no Brasil; Lei de Responsabilidade Fiscal (...) (Lupatini, 2012, p. 79-80).

A partir destas reflexões é possível compreender como o fundo público brasileiro tem sido financiado de forma regressiva, apesar de ocupar um papel relevante na articulação das políticas sociais, prevalece em sua relação de reprodução do capital práticas que contam com a colaboração entre setor público e privado para desenvolver e financiar projetos que condizem com o ideário neoliberal.

Neste contexto, as parcerias público-privadas têm se tornado um mecanismo cada vez mais frequente de alternativa para prover serviços e infraestrutura que antes eram de responsabilidade do Estado, apropriando-se do fundo público. Lamentavelmente o Brasil tem liderado o ranking de países que avançam na formação de PPPs, concentrando mais de 40% de investimentos até o ano de 2020, ao passo em que as PPPs passam a representar 25% do gasto total de infraestrutura do País (Brasil, 2022).

Ximenes (2015) afirma que as PPPs se tornaram uma estratégia para introduzir a privatização no setor estatal com a lucratividade garantida pelo Estado, pois a gestão do SUS é repassada para modalidades distintas, sob o argumento de melhora na prestação dos serviços. Na Saúde, tem sido comum a utilização das OSs para o gerenciamento de unidades de saúde, ocasionando como consequência o avanço na precarização dos serviços e o desfinanciamento da saúde pública, condizente com os ditames neoliberal.

A rigor, a política de saúde deveria ser provida na sua integralidade de forma universal garantida pelos recursos do fundo público. Entretanto, diante do cenário de desfinanciamento a implementação de parcerias público-privadas na saúde até poderia ser positiva se contasse

com mecanismos de controle eficientes, que prezassem tanto pelo repasse de recursos como as condições de trabalho ofertadas. Entretanto, o cenário posto tem evidenciado o repasse descontrolado de verbas que deveriam ser direcionadas à saúde pública. Ademais, cabe lembrar que a complementariedade da iniciativa privada está assegurada na Constituição Federal, porém os interesses econômicos também lideram agora o setor de saúde.

Diante destas reflexões, no próximo tópico o intuito é discutir os reflexos do crescimento das PPPs na política de saúde nos últimos dez anos e quais as implicações para a sociedade, haja vista que os interesses que tem sido defendidos pelo Estado são contrários aos preceitos constitucionais.

2.2 O/a assistente social como trabalhador/a da saúde pública

As transformações ocorridas no decorrer da história da saúde, principalmente da saúde pública, acabaram por demandar a inclusão de novos profissionais no bojo do trabalho da equipe multidisciplinar, e neste sentido, o serviço social passa a compor esta equipe, em atenção às novas demandas que surgem com o avanço do modo de produção capitalista. Conforme mencionado anteriormente, a saúde tornou-se pauta de reivindicações trabalhistas, contribuindo paralelamente para o protagonismo do Serviço Social na área da saúde.

Historicamente, a profissão esteve atrelada às ações de caridade e de filantropia, estas que também eram de cunho sanitarista/higienista tinham forte caráter conservador e moralista, por conta da influência da Igreja no processo de maturação da profissão (Martinelli, 2003; Bravo, 2013).

Neste contexto, Iamamoto (1992, p. 83) afirma que “as medidas assistenciais ingressam como um dos componentes da rede de relações autoritárias imprimidas à sociedade, passando a articular-se às estratégias das relações do Estado com a classe trabalhadora”. É neste cenário que o serviço social atua com vistas ao “controle” dos trabalhadores. Foi nessa época que houve a criação das primeiras Escolas de Serviço Social, as quais carregavam um arcabouço teórico vinculado às concepções morais e com práticas psicologizantes e terapêuticas.

Martinelli (2003) também destaca que estas influências chegaram ao Brasil a partir da década de 1930, no período de criação das primeiras escolas nas cidades de São Paulo (1936) e Rio de Janeiro (1937). A autora menciona que toda a prática social dos profissionais da época se voltava às adequações impostas ao capital, “tendo por objetivo maior ajustamento político e ideológico da classe trabalhadora aos limites estabelecidos pela burguesia” (p.127).

Nas décadas de 1940 e 1950, o serviço social no Brasil estava em seu estágio de desenvolvimento como uma profissão formal e organizada, desta maneira, o Serviço Social passa adentrar nas instituições sociais desenvolvendo atividades estratégicas que agilizam o acesso da classe trabalhadora aos serviços. É neste cenário que o profissional passa a integrar organismos estatais e desempenhar funções institucionais com relativa autonomia (Iamamoto,1992).

Somente a partir da década de 1960 a profissão começa a almejar o rompimento com o tradicionalismo e passa a ensaiar o “projeto de ruptura”, fruto de uma maior interação entre profissionais atuantes na ponta das políticas sociais e da esfera acadêmica cujo objetivo era expandir o horizonte profissional às demais áreas das ciências sociais e incorporar novas tendências teórico-metodológicas à profissão (Netto, 2015).

Matos (2017, p.61) complementa que tal projeto de ruptura “se deu de forma paralela ao movimento de reforma sanitária brasileira, que reunia profissionais de saúde e militantes com vistas a alterar o modelo médico-assistencial privatista”.

No entanto, apesar da relação serviço social e saúde estar acompanhada da discussão do projeto ético-político profissional, tratava-se de dois processos distintos em andamento que caminharam juntos, mas não necessariamente ligados (Bravo; Matos, 2012)

Teixeira e Braz (2009) afirmam que com o Movimento de Reconceituação e a efervescência do processo de redemocratização se formou o “chão histórico” para a transição de um Serviço Social renovado. Esse momento iniciado na década de 1960 marca o início das mudanças em direção à perspectiva teórico-metodológica e ético-política do Serviço Social, que norteou o trabalho profissional a partir de um modelo condizente com a perspectiva crítica marxista, a qual passa a permear a profissão.

Portanto, o processo de mobilização da profissão emerge junto à efervescência popular que lutava pelo reconhecimento da saúde enquanto direito social. Acredita-se ainda que tal período visava, além da legitimidade social da profissão, construir uma nova sociabilidade para além do capital, perspectiva essa que serve de baliza para a construção do projeto ético-político. (Raichelis, 2018; Iamamoto, 1992)

Neste contexto, Raichelis (2011, p. 422) afirma que as últimas três décadas evidenciam “um avanço significativo do adensamento do Serviço Social enquanto profissão, devido ao processo de renovação teórico-metodológica e ético-política, qualificação da sua produção científica, bem como o fortalecimento de entidades científicas e de representação política”.

Outro ponto é que o/a assistente social ao romper com o legado conservador de sua profissão passa a compreender seu significado social em meio às relações sociais desenvolvidas no sistema capitalista, o que contribui para seu reconhecimento enquanto trabalhador assalariado (Raichelis, 2011).

Estes avanços intensificam as tensões existentes no trabalho profissional do assistente social em todos os espaços socio-ocupacionais devido ao modelo neoliberal e de seu consequente projeto privatista. Nessa lógica, a política de saúde sofre constantes limitações e ataques que acabam afetando os trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, os/as assistentes sociais.

Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) “existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto apresentação de sanitaristas” (CFESS, 2010, p. 27). Isto evidencia que, devido ao profissional estar constantemente inserido em ambientes que reforçam a lógica neoliberal, acaba por reproduzir ações reducionistas no trabalho em saúde, o que pode contribuir para o fortalecimento da visão positiva sobre o processo de mercantilização da política de saúde.

Ao refletir sobre os projetos antagônicos que atravessam tanto a política de saúde quanto o projeto ético-político do serviço social fica evidente a profunda relação com os princípios que norteiam o projeto de Reforma Sanitária, pois este visa a defesa dos interesses coletivos e transformação da ordem social (Teixeira; Braz, 2009).

Apesar da profissão reafirmar constantemente seu compromisso com a classe trabalhadora, as transformações vivenciadas na década de 1990 trouxeram diversas implicações para o trabalho do assistente social, pois nesta década inaugura-se um cenário de regressões de direitos e fragilização das políticas sociais.

Desta maneira, a relação entre serviço social e capitalismo é marcada por uma interação complexa e que impacta diretamente no trabalho deste profissional, que é um trabalhador assalariado. Os dilemas contemporâneos vividos pelos profissionais são reflexos do amplo processo de amadurecimento do sistema capitalista. A sociedade experiencia agora os ditames do capital financeiro que somados ao processo de redução do Estado afetam a esfera do trabalho e conseqüentemente o trabalhador, incluindo o/a assistente social que também está sujeito aos variados processos de desestruturação do trabalho (Iamamoto, 2000).

Para Yamamoto (1992, p. 100), o Serviço Social “situa-se como atividade auxiliar subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante entre a classe trabalhadora. Isto é: na criação de bases políticas para o exercício do poder de

classe”. Significa que a profissão, apesar de lidar com os interesses da classe trabalhadora, é percebida como uma ferramenta que contribui para a manutenção da ordem social estabelecida. Fica evidente a complexidade no trabalho do Serviço Social, que, mesmo inserido em estruturas que mantêm a ordem burguesa, pode (e deve) buscar formas de atender às demandas e necessidades da classe trabalhadora.

Em geral o trabalho do/a assistente social está vinculado a organismos paraestatais ou privados em que o profissional trabalha com o planejamento, a operacionalização e viabilização dos serviços à população assistida (Iamamoto,1992).

Na saúde, este profissional atende à população usuária a partir dos seguintes eixos estruturantes: atendimento aos usuários; participação e controle social; planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação. Eixos estes que devem ser pautados em uma perspectiva de totalidade (CFESS, 2010).

Paralelamente, Mito e Nogueira (2009, p. 223) afirmam que “as premissas para a ação profissional em saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde”, pilares estes que estão inseridos em processos de amplas transformações econômicas, sociais e políticas e que contribuiriam para ampliar a inserção do/a assistente social na saúde.

Neste contexto, podemos inferir que compreender o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho nos permite desenvoltura para proporcionar um trabalho de qualidade, independente do espaço sociocupacional que ocupamos.

No âmbito da saúde pública é importante percebermos que para além de demandas imediatas colocadas ao profissional deve-se prezar pelo fortalecimento da Política de Saúde e para isto é crucial o constante aprimoramento profissional e debate na categoria, para pensar ações que condizem com o seu projeto ético-político profissional e sirvam para o fortalecimento da democracia. Na visão de Vasconcelos (2022, p.32) trata-se de

enfrentar os problemas cotidianos, sem perder de vista que, nesta realidade social, ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada na exploração do homem pelo homem.

Assim se configura a importância de um trabalho respaldado no olhar crítico da Teoria Social. Vasconcelos (2022) destaca também que é importante o profissional avaliar se as demandas de seu cotidiano estão alinhadas com o bem-estar e as necessidades dos cidadãos ou se são, na verdade, resultado de uma falta de comprometimento do Estado com suas

obrigações. Isto só é possível se o profissional estiver alinhado com suas competências teóricas e ético-política.

Portanto, o documento do CFESS (2010) conclui que é crucial que os/as assistentes sociais tenham preocupação com as armadilhas postas pelo sistema capitalista e pelas teorias pós-modernas que são incluídas no processo de análise das expressões da questão social em seu cotidiano.

Apesar dos mais de 80 anos de profissão e mais de 30 anos de projeto ético-político, o/a assistente social segue sofrendo inúmeros ataques enquanto trabalhador assalariado, portanto, esta discussão apenas introduziu aquilo que nos mostrará também os achados desta pesquisa. O tópico seguinte evidencia que os ataques do capital se tornaram mais expressivos na contemporaneidade, e principalmente na área da saúde, a partir de reflexões feitas diante da relação “público-privado”.

2.3 Parcerias público-privadas e o trabalho de assistentes sociais na saúde em tempos de regressão de direitos

O mundo do trabalho vem sofrendo modificações constantes devido às novas imposições do capitalismo que, por sua vez, impactam nas formas de organização do trabalho e, por outro lado, também são decorrentes do avanço da ciência e tecnologia. Esta nova morfologia afeta de forma ampla o trabalhador.

Visando compreender quais são os desafios e possibilidades postos ao trabalho do/a assistente social no âmbito das Parcerias público-privadas, mecanismos estes que se tornaram estratégia de apropriação de recursos públicos e que tem majoritariamente contribuído para o desfinanciamento da saúde pública, neste tópico será feita uma incursão acerca das especificidades do trabalho profissional neste espaço.

Os desdobramentos das PPPs para o trabalho de assistentes sociais na saúde podem ser diversos e impactar diferentes aspectos do trabalho profissional. A partir das mudanças implementadas nos variados espaços em que estes profissionais estão presentes altera-se também a abordagem do trabalho profissional em seu cotidiano, pois há maior enfoque em resultados na relação eficiência/eficácia da gestão às custas de condições cada vez mais precárias de trabalho. A exemplo disso temos a imposição de metas, o banco de horas, a precariedade dos vínculos e do ambiente de trabalho.

Neste contexto, o profissional assalariado ao vender sua força de trabalho transforma-a em mercadoria, tornando-a instrumento de trabalho que deve estar à disposição dos

empregadores institucionais, sejam eles públicos ou privados. Isto traz incidências nos processos de rotinização, intensificação e precarização do trabalho, afetando sua autonomia relativa e até a materialização do projeto ético-político (Raichelis, 2018).

Raichelis (2018) destaca que o profissional atuante na saúde pública tem enfrentado processos de subcontratação, através de organizações não governamentais e cooperativas que acabam por fragmentar e precarizar as condições de trabalho ofertadas aos/às assistentes sociais.

As atividades com finalidade lucrativa que ganham espaço na administração pública se materializam na saúde a partir da criação de Organizações Sociais, da privatização e terceirização de serviços. Para Lima (2019) estas medidas foram tomadas com a justificativa de preencher algumas lacunas existentes no SUS, entretanto, o que de fato se materializa é a constante privatização dos serviços públicos, estreitando a relação público-privado em prol do ideário neoliberal (Lima, 2019).

Em suas reflexões, Lima (2019) também identifica que isto se reflete na precarização do trabalho de seguimentos variados, evidenciado o retrocesso de direitos trabalhistas, as más condições de salário e saúde, os maiores índices de acidentes e fragmentação da classe trabalhadora.

No contexto mais atual estas inflexões foram intensificadas diante da crise sanitária ocasionada pelo vírus da Covid-19. Iniciada em meados de 2019 no contexto internacional, a doença transmitida pelo vírus SARS-CoV-2, causa sintomas que variam desde resfriados à quadros graves de síndrome respiratória. A onda de contaminação no Brasil ocasionou a sobrecarga e o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram amplamente noticiados nos meios de comunicação nacionais e internacionais.

Pinheiro, Barroco e Silva (2023) mencionam que por conta da pandemia de Covid-19, somados aos elementos políticos de ênfase neoliberal, cresceram os desafios para o trabalho profissional do assistente social, principalmente na área da saúde pois os profissionais da área ficaram submetidos a condições degradantes de trabalho,

sendo expostos ao vírus, ao medo da contaminação/adoecimento e tantas outras tensões que se fizeram presentes no cotidiano de trabalho nas instituições de saúde. Neste âmbito, os/as assistentes sociais tiveram que lidar com situações de grande estresse, longas jornadas e o reaparecimento de velhas requisições que não são de sua área de conhecimento e, portanto, distantes de suas atribuições e competências, como foi o caso das comunicações de óbito amplamente relatadas pelos/as profissionais (Pinheiro; Barroco; Silva, 2023, p. 13).

Outra questão observada por Soares, Correia e Santos (2020) é que houve um súbito aumento na contratação de profissionais, em contrapartida, muitos atuam e/ou atuaram sob condições precárias, com extensas horas de trabalho, baixos salários e, por vezes, tendo de realizar o revezamento no uso de equipamentos de proteção individuais.

A respeito da precarização dos vínculos trabalhistas tornaram-se frequentes processos seletivos simplificados, a ausência de estabilidade no local de trabalho, alta rotatividade e diminuição de concursos públicos para a área da saúde, dentre outras questões (Mathis; Rodrigues; Braga; 2020).

Cabe ressaltar que a área da saúde é um dos campos de trabalho do assistente social que mais abarca profissionais, com diferentes formas de contratação (temporários, terceirizados, cargos comissionados e/ou públicos). Isto porque o assistente social é reconhecido como profissional atuante na área da saúde através da Resolução nº210/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 383/99 do CFESS.

A partir das configurações emergenciais que se colocam ao trabalho do/a assistente social na saúde, as questões sobre o adoecimento físico e mental tornaram-se pauta de destaque na categoria. Cabe considerar também que a nova morfologia do trabalho imprime ao profissional uma nova ideologia que por vezes torna-se fator de sofrimento físico e mental, pois os profissionais estão inseridos em espaços sócio-ocupacionais que contam agora com o cumprimento de metas em meio a condições de trabalho precárias (Barroco, 2021).

CAPÍTULO 3 - A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SERVIÇO SOCIAL SOBRE TRABALHO PROFISSIONAL NAS PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS

3.1 Serviço Social e produção de conhecimento

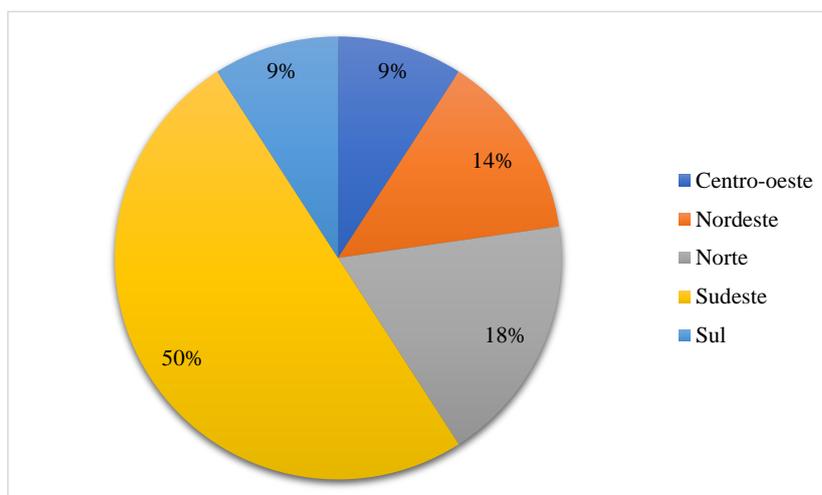
O Serviço Social como profissão possui uma dupla dimensão, sendo uma investigativa e outra interventiva. Sendo assim, para além do trabalho desenvolvido em âmbito institucional, o qual pode ser facilmente observado por outros profissionais e também pelos usuários das políticas sociais, os profissionais da área também realizam pesquisas, de modo a subsidiar o trabalho desenvolvido.

Diante disso, a área de Serviço Social se configura também como área de produção do conhecimento. Neste íterim, a pós-graduação na área, que tem origem na década de 1970 com os primeiros cursos de mestrado e nos anos de 1980 com os primeiros cursos de doutorado, tem contribuído de modo importante para as reflexões críticas acerca de temáticas relevantes para a profissão, como é o caso do trabalho nas parcerias público-privadas.

Nesta pesquisa foi realizado levantamento no banco de teses e dissertações da CAPES sobre a referida temática, delimitando o período de 2013-2023 e apenas nos programas de pós-graduação da área de Serviço Social, empregando os seguintes buscadores: parcerias público-privadas; terceirização na saúde pública; “trabalho” *and* “saúde pública” *and* “parceria público-privada”; trabalho profissional na saúde; “público-privado” *and* “saúde”.

No processo de levantamento do material foram encontrados 22 trabalhos. O primeiro ponto de destaque é que as produções científicas evidenciam uma notória diferença quantitativa por região, que pode ser observada no Gráfico 1.

Gráfico 1 Distribuição de teses e dissertações por região



Fonte: pesquisa documental (2023)

Vê-se, a partir dos percentuais do gráfico acima que a produção de teses e dissertações se tem distribuído de forma desigual, sendo liderada pela Região Sudeste (11), que possui metade das produções, seguindo Norte (4), Nordeste (3), Centro-oeste (2) e Sul (2).

A discrepância apresentada se explica possivelmente por haver maior número de programas de Pós-graduação nas regiões Sudeste e Nordeste. No último quadriênio, a área de Serviço Social concentrava maior parte dos programas no Nordeste e no Sudeste, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 Programas registrados na avaliação quadrienal (2017-2020) da Capes na área de Serviço Social

REGIÃO	QUANTIDADE DE PPGS
Nordeste	12
Norte	3
Centro-oeste	3
Sul	6
Sudeste	12
Total	36

Fonte: Relatório de Avaliação Capes (2021).

A figura 3 ilustra os tipos de trabalhos – teses e dissertações – distribuídos por regiões, de modo que pode ser visualizado que as teses estão concentradas na região sudeste, tendo em vista que é nesta região que estão situados os cursos de doutorado. A área de Serviço Social, na quadrienal de 2017-2020, tinha 20 cursos de doutorado, dos quais 9 no Sudeste, 5 no Nordeste, 4 no Sul, 1 Centro-Oeste e 1 no Norte.

Figura 3 Distribuição de teses e dissertações por Região com Estados da produção



Fonte: Pesquisador (2024).

Para o Serviço Social a produção do conhecimento é permeada por tensões e desafios, mas também por avanços, visto que foi por seu intermédio que a profissão atingiu sua maturidade intelectual mediante o fortalecimento do conhecimento teórico-metodológico (Sposati, 2007). Nesse processo, a profissão precisou superar a “guerra das ciências” (termo utilizado por Sposati), o que exigiu maior aprofundamento teórico para além de questões intrínsecas à profissão, por isso foi necessário o domínio da metodologia científica e estatística, presentes nos primeiros cursos de mestrado. As mudanças ocorreram por volta 1970, porém, nas décadas seguintes é que houve um esforço maior para aprimorar as bases científico-profissionais do Serviço Social.

Desta maneira, ao longo das décadas de 1980, de 1990 e até os dias atuais, a produção do conhecimento em Serviço social tem se tornado mais enriquecida, uma vez que é pela pesquisa científica que ocorre o aprimoramento do planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e, por conseguinte, do trabalho profissional.

A área de Serviço Social, conforme o relatório da avaliação quadrienal 2021, evidencia 54 áreas de concentração e 149 linhas de pesquisa que se colocam entre diversas

temáticas que contribuem para a formulação e regulamentação de políticas e processos sociais, acrescendo positivamente a área no enfrentamento do objeto de intervenção da profissão: a questão social (CAPES, 2021).

A área de Serviço Social situa seu projeto de formação e o trabalho em um movimento contra-hegemônico, capaz de elucidar e acompanhar as transformações na relação Estado e Sociedade. Nesse âmbito, a pesquisa (e a consequente produção do conhecimento) contribui expressivamente para análise crítica da sociedade. É a partir da produção do conhecimento que o profissional adquire a capacidade de apurar a realidade em que está inserido e assim perceber os desafios e possibilidades que o cercam, tornando sua intervenção mais qualificada.

Santana, Stampa e Ferreira (2021) refletem acerca do contexto histórico do Brasil, destacando que se trata de um país periférico que esteve sempre sujeito às condições de exploração, sob a ordem de países imperialistas, fato este que contribuiu para o distanciamento da sociedade de aspectos relacionados à Ciência, tecnologia e quaisquer instituições que atuem no âmbito da produção do conhecimento e da pesquisa.

Portanto, é comum na sociedade que as concepções burguesas tenham força e impeçam o processo reflexivo, ocasionando resoluções imediatistas que não buscam romper com lógica vigente. Neste contexto, têm se evidenciado processos de desvalorização, desfinanciamento e até mesmo a privatização da Educação, dentre outras políticas sociais, o que também recai sobre os programas de pós-graduação e impacta a produção científica como um todo.

Um ponto de destaque quanto ao levantamento feito para esta pesquisa trata-se do fato de que não houve retorno de trabalhos defendidos nos anos de 2013, 2014, 2016 e 2018 acerca da temática. Sendo registrado apenas 02 trabalhos no ano de 2015, 02 trabalhos em 2017, 01 trabalho no ano de 2019, 05 trabalhos em 2020, 04 trabalhos em 2021, 05 trabalhos em 2022; 03 trabalhos em 2023. Nota-se que a partir de 2020 há um aumento de pesquisas sobre a temática.

A leitura e análise dos trabalhos levantados revelam algumas ideias centrais que podem ser visualizadas na figura 4.

Figura 4 Ideias centrais encontradas nos trabalhos analisados



Fonte: Elaboração própria com uso de software MAXQDA, (2024).

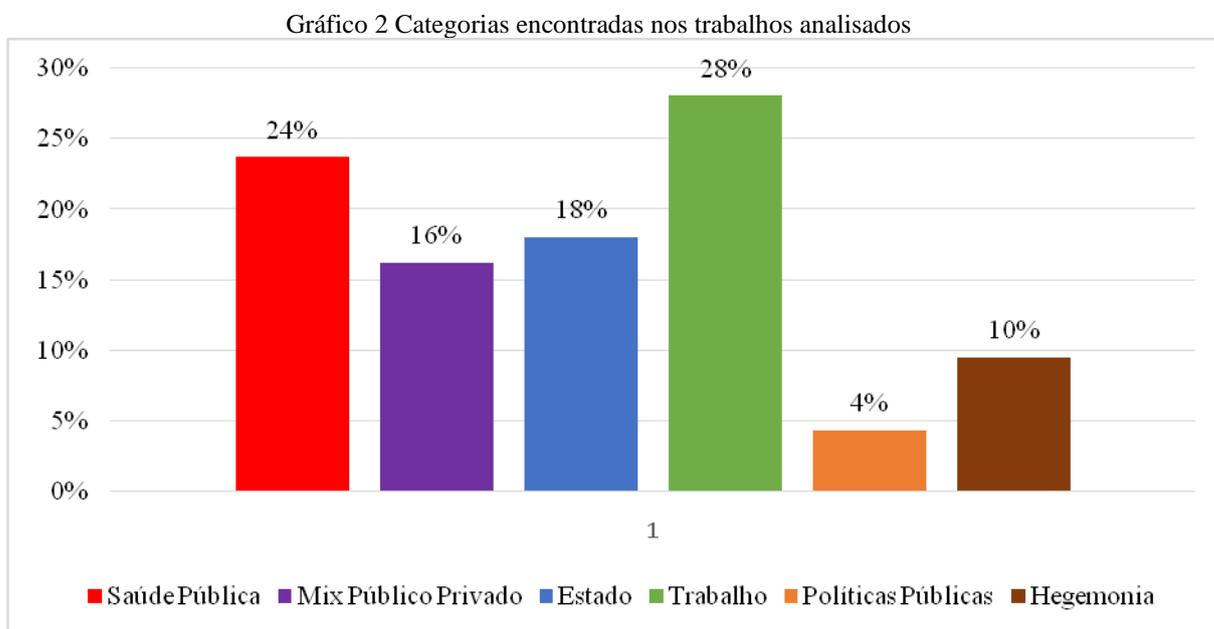
A figura foi elaborada por intermédio do software MAXQDA, que permitiu juntar todos os trabalhos selecionados dentro da plataforma, organizados por pastas de documentos. A divisão das pastas ocorreu a partir dos buscadores utilizados na plataforma Capes e com o auxílio do *software* foram encontradas 4 quatro categorias centrais que norteiam os 22 trabalhos conforme quadro abaixo.

Quadro 6 categorias centrais dos trabalhos analisados

Categorias	Descritores	Segmentos codificados*
Saúde Pública	Democratização da Saúde; Desafios para o SUS; Crise sanitária;	73
Trabalho	Condições de trabalho; Consequências das PPPs para trabalhadores; Desafios e possibilidades; Covid-19 e trabalho;	95
Mix Público-Privado	Criação de Entidades, Organizações e Parcerias; Privatização/terceirização; Repasse de Recursos públicos;	63
Estado	Contrarreforma do Estado; Neoliberalismo/Crise do Capital; Fundo Público	70
Hegemonia	Aparelhos de Hegemonia; Controle e Participação social; luta de classes; Visão Gramsciana;	37
Políticas Públicas	Macro e micropolíticas; Saúde mental; Humanização; Saúde do Trabalhador;	21
TOTAL		388
*consiste no quantitativo de trechos destacados que foram interpretados e analisados a partir das categorias centrais		

Fonte: Pesquisa documental (2024)

O gráfico 2 evidencia que as categorias Trabalho (28%) e Saúde Pública (24%) são as que mais aparecem nos trabalhos, seguidas pelas categorias Mix público-privado (16%), Estado (18%), Hegemonia (10%) e Políticas Públicas (4%).



Para análise dos dados foi priorizada a leitura do resumo, introdução e conclusão dos trabalhos. Após a leitura e análise restou evidente como a relação público-privado tem avançado dentro do SUS no Brasil, além disso, é notória a relevância da categoria Trabalho que lidera as análises da pesquisa, conforme exposto no quadro acima. Os trabalhos selecionados foram analisados em duas etapas, sendo a primeira direcionada à leitura individual dos resumos e a segunda voltada para leitura e análise da introdução e conclusão.

Por fim, os trabalhos que compõem as análises estão apresentados conforme quadro 6 abaixo.

Quadro 7 teses e dissertações selecionadas para análise

No.	Autor	IES	Ano	Documento	Tipo
1	Silva, Gislaíne dos Santos.	Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho	2015	A Gestão nas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo: a percepção dos trabalhadores	Dissertação 1
2	Correia, Daniele.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	2020	A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais no município de São Paulo: o distanciamento da concepção original da Reforma Sanitária Brasileira	Dissertação 2
3	Pazolini, Pollyana Tereza Ramos.	Universidade Federal do Espírito Santo	2020	O trabalho profissional do serviço social nas comunidades terapêuticas subsidiadas pelo governo do estado do espírito santo	Dissertação 3
4	Freitas, Ivaneide Duarte de.	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2023	A privatização da saúde pública por meio das organizações sem fins lucrativos que atuam como prestadoras de serviços oncológicos no município de Natal-RN.	Dissertação 4
5	Cislaghi, Juliana Fiuza.	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	2015	Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital	Tese 1
6	Almeida, Antônia Ericélia Silva.	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte	2017	Gestão terceirizada nos hospitais universitários do RN e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	Dissertação 5
7	Torres, Jéssica Layanne.	Pontifícia Universidade Católica de Goiás	2017	Trabalho e terceirização na saúde pública em Goiás: o modelo de gestão das organizações sociais e a classe trabalhadora	Dissertação 6
8	Martins, Sarah Silva	Pontifícia Universidade Católica de Goiás	2022	Saúde pública <i>versus</i> saúde privada lutas e resistência da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde	Dissertação 7
9	Monteiro, Claudia Lima	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	2021	Repercussões da jornada de trinta horas: o trabalho de assistentes sociais em entidades conveniadas no município de Diadema-SP	Tese 2
10	Girlan Guedes dos Santos	Universidade Estadual da Paraíba	2020	A saúde sob a mira dos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital imperialista	Dissertação 8
11	Bedim, Vanisse Bernardes	Universidade Federal de Juiz de Fora	2023	O trabalho da/o assistente social nos centros de atenção psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora/MG	Dissertação 9
12	Pinto, Shyrlen Cristiane.	Universidade Federal do Amazonas	2021	O trabalho do assistente social na atenção à saúde de crianças e adolescentes: demandas e respostas profissionais a partir dos centros de atenção integral à criança na cidade de Manaus	Dissertação 10
13	Santos, Glória Vaz.	Universidade Federal do Amazonas	2022	O trabalho do/a assistente social na Atenção Básica de Saúde em Manaus: condições de trabalho, implicações à saúde e desafios cotidianos	Dissertação 11
14	Barroco, Clivia Costa.	Universidade Federal do Amazonas	2021	Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus	Dissertação 12

15	Silva, Ruth Cristina.	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	2022	O trabalho da/o assistente social na implementação da Política Estadual de Humanização na Saúde: contribuições e desafios	Dissertação 13
16	Gonçalves, Jefferson Ferraz.	Universidade Federal Fluminense	2023	O trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021: entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da covid-19	Dissertação 14
17	Tavares, Priscilla dos Santos.	Universidade Federal do Rio de Janeiro	2020	O trabalho profissional da assistente social nos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas – caps ad no município do rio de janeiro	Dissertação 15
18	Campanha, Rosália Vargas.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2020	O trabalho do(a) assistente social nos espaços vinculados à saúde dos servidores públicos municipais do RS	Dissertação 16
19	Wilsing, Roberta Vilelo	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	2022	O trabalho do/a assistente social na política de saúde: o desvelar do cotidiano do exercício profissional nas instituições	Tese 3
20	Rodrigues, Alana Barbosa	Universidade Federal do Tocantins	2021	Organizações sociais de saúde no Tocantins: a pró-saúde e o aprofundamento das privatizações nos hospitais públicos do estado	Dissertação 17
21	Zuliani, Mercedes Queiroz	Universidade Federal do Espírito Santo	2022	Privatizações na saúde: a atuação do instituto coalizão saúde (ICOS) e as mudanças no sistema de saúde brasileiro	Dissertação 18
22	Marques, Aline Tassiara.	Universidade Federal de Santa Catarina	2019	A participação dos representantes do setor filantrópico em conselhos estaduais de saúde	Dissertação 19

Fonte: Pesquisa documental, 2024.

3.2 A saúde na mira das Parcerias Público-Privadas: ênfases na produção de conhecimento da área de Serviço Social

Neste primeiro tópico buscam-se capturar, a partir das teses e dissertações analisadas, as questões que explicitam como tem se dado a relação público-privada na saúde pública e quais têm sido as consequências para o SUS registradas pelos pesquisadores diante das novas modalidades de gestão na saúde pública. Portanto foram analisados os segmentos codificados das categorias Saúde e Mix público-privado.

Na categoria “Saúde”, nota-se que os trabalhos enfatizam questões que tratam do processo de democratização da saúde, dos desafios para a consolidação e manutenção do SUS e ainda os impactos da crise sanitária para a saúde pública. Percebeu-se na análise dos trabalhos que há um destaque para o protagonismo de movimentos sociais, motivo este que justifica as discussões elaboradas no capítulo I em que exploramos não só como se deu a

criação do SUS mas também a relação entre Estado e Sociedade civil, pois a partir desta complexa relação é que se consolidou a democracia brasileira e os demais mecanismos de participação social que influenciam na formulação e gestão de políticas sociais, incluso a saúde.

Na categoria “Mix público-privado” observa-se que os trabalhos reconhecem a década de 1990 como marco de transformação da administração pública, devido ao processo de Publicização proposto pelo ministro Bresser Pereira no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Neste sentido, nas análises dos trabalhos se fizeram presentes as temáticas da privatização, da terceirização e do repasse de recursos públicos, além da criação de Entidades, Organizações e Parcerias. Desta maneira é possível perceber quais as diferentes formas de gestão e o grau de eficácia que estes entes supostamente apresentam para o sistema de saúde pública.

Portanto, à luz das análises realizadas, é possível apreender como o processo de democratização da saúde aparece nos trabalhos analisados. Há ênfase no Movimento de Reforma Sanitária, sendo descrito como mecanismo que dá voz aos trabalhadores, estudantes, profissionais da saúde e movimentos sociais a fim de garantir uma reforma no sistema de saúde que tinha forte caráter seletivo e excludente.

Entretanto Paim (2008) destaca que o Movimento de Reforma Sanitária não era homogêneo e atuava em meio à correlação de forças entre trabalhadores e as instituições do Estado, o que também evidencia seu caráter, tendo em vista que o movimento também ocupou uma dimensão institucional.

Outro ponto de destaque dos trabalhos trata-se da contradição do movimento em meio aos caminhos de criação do sistema de saúde público. Alguns trabalhos enfatizam que estas contradições sempre estiveram circunscritas no processo de amadurecimento do sistema de saúde pois mesmo com espaço garantido no texto constitucional evidenciou-se o acirramento dos interesses do trabalho e do capital, através da luta de classes. Destaca-se nos trabalhos dois trechos que revelam essas contradições:

Com a Constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), vivemos uma ampliação do sistema público, porém a conservação do setor privado como complementar manteve as contradições na relação entre setor público e privado, e a disputa aberta, e mais acirrada, pelo fundo público (Cislaghi, 2015, p. 1 tese 1)

(...) a política de saúde no Brasil, enquanto política social de um Estado capitalista, possui em si contradições, é síntese de múltiplas determinações, estando inserida como parte de um contexto totalizante da realidade no qual os fatos não podem ser

analisados fora de um contexto social, político e econômico (Correia, 2020, p. 5, dissertação 2)

Ademais, os trabalhos ressaltam que as requisições do Movimento de Reforma Sanitária tiveram seu marco histórico na 8ª CNS e que contribuiu para a formulação da Política de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, entretanto, alguns autores destacam que para além de uma reforma sanitária, o movimento vislumbrou uma ampla reforma social. Os trechos dos trabalhos analisados revelam estes aspectos:

O movimento sanitário não é um movimento social restrito à saúde, mas um conjunto articulado de práticas que perpassam o ideológico, o político, o teórico e o cultural. (...) Entretanto a Reforma Sanitária Brasileira não se limitava ao SUS, propunha como já citado, uma reforma social (Correia, p. 2-3, 2020, dissertação 2)

Tratava-se de um período singular na história brasileira marcado por lutas, sonhos e esperança em busca de uma sociedade justa e igualitária para todos, pautada nos ideais da Reforma Sanitária, que almejava uma discussão de saúde em conceito mais amplo, isto é, para além de sua concepção como ausência de doença, voltando-se para um olhar de totalidade do sujeito social e com base no conceito de bem estar biopsicossocial e espiritual (Wilsing, 2022, p. 10, tese 3).

Neste contexto, Paim (2008) afirma que o Movimento de Reforma Sanitária foi marcado por divergências político-ideológicas, entretanto, predominava a visão reformista, o que justifica a frustração de alguns intelectuais no que se refere ao enfraquecimento do movimento⁷ e sua rendição aos ideais da classe hegemônica, abraçando propostas que fortaleciam o caráter mercadológico da saúde.

A história aponta que desde a emergência do referido movimento prezou-se pela opção reformista, tendo em conta os fracassos no Brasil dos movimentos revolucionários do final dos anos sessenta e início dos setenta (Paim, 2008). Neste contexto é possível inferir que a escolha entre uma abordagem mais gradual (reforma) ou mais radical (revolução) depende das circunstâncias, da vontade política e das necessidades específicas de cada época.

A ideia de recuperar e ampliar os direitos políticos para a população brasileira, de certa forma, exigia uma legitimação do Estado democrático para assim tornar o movimento sanitário viável. Neste contexto, as discussões realizadas na VIII Conferência Nacional foram o pontapé inicial para inserir um enfoque mais amplo nos determinantes sociais e para a promoção da saúde, o que contribuiu para a materialização da Lei Orgânica da Saúde e demais aparatos que deram corpo à estruturação do SUS.

⁷ Questão explorada no Capítulo I, em que foram discorridos a partir das contribuições de Sarreta (2009), Bravo (2013), Virgens e Teixeira (2022), dentre outros autores.

Questões direcionadas à concepção ampliada de saúde são destaques em alguns trabalhos, a seguir são destacados dois trechos a este respeito:

ultrapassa o modelo médico-curativo assistencial para uma concepção ampliada que possui como fatores determinantes e condicionantes, a educação, a alimentação, a habitação, o esporte, dentre outros (Almeida, 2017, p. 1, dissertação 5)

O conceito de saúde se ampliou ao ser entendido como um conjunto de fatores condicionantes e determinantes que envolvem saneamento básico, trabalho, educação, renda, dentre outros que estão explicitados no artigo 3º da LOS (BRASIL, 1990) (Santos, 2022, p. 1, dissertação 11)

Resta evidente, a partir da análise dos trabalhos, que o debate em torno de um conceito ampliado de saúde surge diante da necessidade de mudanças sociais mais profundas e uma nova concepção de Estado, o que também demanda da sociedade a formulação de um processo político de democratização. O que nos leva a perceber que a ampliação do conceito de saúde no Brasil tem sido um processo dinâmico, influenciado por mudanças sociais, políticas e culturais ao longo do tempo.

Neste contexto, os trabalhos analisados evidenciam a consolidação do SUS “em meio a crises políticas, econômicas e sociais, em um cenário de intensificação da urbanização, industrialização e necessidade de manutenção da classe trabalhadora para reprodução do capitalismo, consagrando a saúde como produto social”. (Silva, 2022, p. 6, dissertação 13)

Entretanto, é na década posterior à Constituição Federal se acentuam os interesses divergentes em disputa, isto ocorre devido a forte onda neoliberal, encorajada através de organismos internacionais⁸ que ditam seus interesses em prol da comercialização da Saúde que intensificam a disputa de projetos antagônicos. Principalmente na saúde, nota-se que por ser o segundo maior orçamento das políticas de seguridade social, ocorreram muitos investimentos na área.

Este período demarca a emergência do SUS em liderar uma nova agenda por direitos sociais no Brasil, pois apesar dos avanços conquistados na política de saúde alguns desafios tornaram-se mais explícitos a partir do processo de contrarreforma estatal, como por exemplo a resolutividade, o financiamento, a gestão participativa e a qualidade dos serviços.

No período de consolidação da Lei Orgânica da Saúde evidenciou-se a convivência do Estado com o processo de privatização, “a legislação permitiu a continuidade do setor privado

⁸ Estes organismos internacionais surgem no período pós-guerra e de crise capitalista, se colocam contra a saúde pública afim de criar estratégias de apropriação capitalista e garantir sua hegemonia (SANTOS, 2020). Alguns trabalhos trouxeram esta discussão com mais afinco, e que será devidamente explorada em momento oportuno, em que os detalhes serão expostos e problematizados quando adentrarmos à discussão do subeixo “Hegemonia”.

e filantrópico como complementar no país, mas, que foi tomando cada vez mais lugar e força. Assim, a garantia constitucional do direito à saúde é dificultada pelas várias formas de mercantilização da saúde” (Zulliani, 2022, p. 4, dissertação 18).

Além disto,

O contexto em que a relação pública e privada na saúde está inserida é complexo e contraditório, a correlação de forças e interesses antagônicos perpassa não só toda a construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas muitas legislações e resoluções que o regulamentam, assim como regulamentam a participação do setor filantrópico (Marques, 2019, p. 1, dissertação 19).

A partir deste ponto, é possível refletir sobre os desafios impostos ao SUS, considerando o avanço do privado sobre o público. A reforma gerencial do Estado ou contrarreforma do Estado iniciada nos anos 1990 é considerada o pontapé inicial para a série de medidas que visam a adequação ao ideal neoliberal proposto pelas organizações internacionais, conforme já explorado anteriormente neste trabalho.

Foi observado que as discussões dos trabalhos enfatizam este processo, o qual é marcado por amplas mudanças no meio político, econômico e social. Os documentos afirmam que se trata de um processo contrarrevolucionário a favor do mercado que

afetou as políticas sociais brasileiras, em especial a saúde, “que passou a ser minada pela focalização, seletividade e privatização dos serviços, operacionalizadas pela via dos desfinanciamento, o que, conseqüentemente, legitima o ideário neoliberal e rompe com os princípios organizativos e doutrinários do SUS” (Santos, 2022, p. 1, dissertação 11)

Alguns trabalhos constataam ainda que, é na década de 1990 que também ocorre a expansão do capital financeiro através do fortalecimento do setor privado na oferta de serviços, fazendo com que o Estado se desonere dos investimentos nas políticas públicas, contribuindo para a precarização dos serviços ofertados (Silva, 2020, dissertação 1; Campanha, 2020, dissertação 16).

A partir do processo de institucionalização do SUS em 1988 e os avanços legislativos da década de 1990, a relação entre o sistema de saúde e administradores passou a ocorrer através das Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) que ocorreram respectivamente em 1991, 1992, 1993 e 1996 (Brasil, 2002). Entretanto, apenas com a NOB-1993 implementou-se a descentralização administrativa que era prevista no documento do Ministério da Saúde, proposto por Bresser Pereira no Caderno nº 13 que trata da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde.

A Reforma tinha como objetivo garantir o controle adequado do sistema a partir de estratégias que visavam a) descentralização das esferas de governo, b) um sistema de atendimento para todos os entes e que se subdividia por níveis de atenção e por último, c) criação de um sistema que possibilitasse o controle de despesas, geração de indicadores dentre outros quesitos.

Estas proposições refletem as diretrizes da reforma do Estado na saúde pública, sob a justificativa de que o modelo administrativo direto seja obstáculo para a otimização da gestão e da responsabilização das organizações públicas no setor de saúde. A partir de então surgem iniciativas para a destinação de recursos estatais a partir do mix público-privado.

A partir das dissertações evidencia-se que as recomendações da reforma administrativa do Estado preconizam a oferta de serviços básicos pelo Estado, enquanto que a rede hospitalar e ambulatorial ficaria sob a gestão do setor público não estatal⁹. Os questionamentos dos autores pairam sobre as permissibilidades concedidas ao setor privado, suscitando também a necessidade de estudos que aprofundem se há benefícios da inserção da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde, conforme destaques abaixo.

Com o art.199 da CF/88, que prevê a atuação das instituições privadas de forma complementar na prestação de serviços, abriu-se uma lacuna para que as OS pudessem realizar os Convênios. Atualmente, existe a complementaridade invertida, ou seja, o público está se tornando complementar ao privado. (Silva, 2015, p. 7, dissertação 1)

destaca-se a necessidade de aprofundamento de estudo do funcionamento de tais organizações, de identificação de seus formatos padrões e modos de atuação e relacionamento com o poder público; e de sua real contribuição para a execução do SUS. (Correia, 2020, p. 3, dissertação 2)

Neste contexto, os trabalhos exploram como ocorre a oferta de serviços de saúde a partir da criação de entidades, organizações e parcerias público-privadas, e também trazem à tona as consequências dos processos de privatização e terceirização para o sistema de saúde. Dentre as principais entidades, observou-se Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil, Instituições filantrópicas, Fundações e Empresas públicas a partir das diferentes conformações em que ocorreram as pesquisas. Exploraremos um pouco do que cada trabalho apresenta sobre estas modalidades de gestão.

⁹A Tese 1, de autoria de Cislighi (2015) problematiza o termo “público não-estatal” utilizado no plano de reforma. Para a autora, a utilização deste acaba por tratar-se de um termo superficial que não captura a essência da problemática, e ainda isenta o Estado de suas responsabilidades, contribuindo negativamente para a ideia de neutralidade do mesmo sob os interesses de classe.

No que se refere às OSs, os trabalhos afirmam que este modelo de gestão é contrário ao SUS, reduzindo-o a relação de compra e venda, também representam uma opção política neoliberal que age sob duas proposições: a) a transmissão de responsabilidade do Estado e b) a submissão de incentivos ao mercado na administração dos serviços. Desta forma, materializam-se em ataques à saúde, com danos irreversíveis ao SUS.

Conforme mencionado anteriormente, as Organizações Sociais foram propostas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) como uma estratégia de transição de administração e gerenciamento público e, assim, são consideradas “entidades de direito privado, que por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito a dotação orçamentária” (Brasil, 1995, p. 74).

Essas organizações de natureza jurídica de direito privado recebem a transferência dos recursos do fundo público para execução de serviços sociais com o questionável argumento de ineficiência e baixa qualidade dos serviços de saúde ofertados pela estrutura pública (Correia, 2020, p. 3, dissertação 2)

Neste contexto, o referido plano propunha a regulação das OSs através do Programa Nacional de Publicização e a transformação de serviços sugeria como prioritário: hospitais, universidades e escolas técnicas, centros de pesquisa, bibliotecas e museus.

Em estudo desenvolvido com gestores da saúde em nível estadual e municipal da cidade de Pernambuco, Pacheco, *et al* (2016) destacam as percepções divergentes que os gestores têm sobre as OSs, sendo que os gestores estaduais alegaram que o Estado nunca deixa de ser responsável pela coordenação e controle, inclusive é ele quem propõe as metas para a OS. Entretanto, os gestores municipais têm uma visão mais crítica e alegam que as medidas tomadas pelo Estado na contratação de OSs foram feitas de maneira unilateral, não havendo diálogos com os municípios, inviabilizando os fóruns de pactuação.

É possível notar que “a privatização do SUS e o favorecimento do setor privado e filantrópico incidem tanto na desestruturação da rede pública de saúde, como na despolitização do acesso na perspectiva de direito, enfraquecendo as possibilidades de controle social pelos/as usuários/as” (Freitas, 2023, p. 19, dissertação 4).

O Estudo supracitado também retrata um pouco das problemáticas que surgem com a implementação das OSs. São frequentes as críticas a respeito do acompanhamento de atribuições, responsabilidades e obrigações das OSs, conforme se observou em vários trabalhos analisados:

Quadro 8 problemas de implementação das OSs

Documento	Questão identificada	Lócus da pesquisa/Estado
Correia, 2020, p. 7-8, dissertação 2.	O modelo de governança por OS traz para o primeiro plano da gestão pública os problemas de informação limitada e contratos incompletos na prestação de serviços com essas organizações privadas.	Município de São Paulo
	É inegável a fragilidade dos mecanismos de aferição dos Contratos de Gestão quanto à execução dos serviços nos diferentes equipamentos de saúde e quanto à prestação de contas. Ainda mais frágil e obscura se apresenta a modalidade de Convênios, que não é divulgada.	
	as OS se furtam de arcabouço institucional para atender aos interesses capitalistas, e que estas ideias são opostas às defendidas pela concepção da Reforma Sanitária Brasileira. (...) estamos caminhando para o descontrole sobre a mensuração do uso do fundo público da saúde	
Rodrigues, 2021, p. 3, dissertação 17	foi caracterizada o modelo de gestão da organização social da Pró-Saúde e a relação público-privada construída entre OSS e os sujeitos políticos pitorescos e caricatas locais que abocanharam e desviaram durante anos os recursos do orçamento público da saúde no estado, sobretudo por meio do maior hospital público do estado, o Hospital Geral de Palmas.	Município de Tocantins

Fonte: Pesquisa documental (2024)

Alguns instrumentos utilizados para fazer o acompanhamento de OSs visam diferentes níveis e dimensões, controle interno e externo, como, por exemplo “o contrato de gestão, renovado anualmente, o relatório financeiro e o relatório de execução e desempenho, com periodicidade mensal (Pacheco, et al. 2016, p. 589).

Na concepção de Correia (2020) o principal instrumento utilizado por OSs (Contrato de Gestão) se mostra insuficiente por apresentar diversas falhas que vão desde os recursos humanos até o controle e execução do contrato, o que nos permite inferir que não existem melhorias significativas a partir da privatização de unidades de saúde. Neste sentido, é frequente a menção à falta de transparência por parte do Estado ou Município no que se refere aos recursos repassados para o privado. São questões que também se estendem às OSCs, tendo em vista que estas incluem entidades filantrópicas e sem fins lucrativos para além da área da saúde.

Outro achado da pesquisa se refere aos mecanismos que obscurecem a natureza das OS ao se apresentarem como filantrópicas e paralelamente se expandem com apoio do Estado Capitalista. Com isto não há garantias de que os serviços ofertados serão de melhor qualidade e muito menos que haverá redução de custos, isto porque os instrumentos de acompanhamento a estas organizações se mostram falhos.

Não causa surpresa que em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no ano de 2023 constata algumas irregularidades como: a inexistência de base de

dados oficiais consolidados sobre a atuação das organizações sociais de saúde no país; marco normativo difuso; irregularidades na execução contratual e no acompanhamento; e riscos de fraude e corrupção (TCU, 2023).

Por conseguinte, vê-se que, de fato, há o favorecimento do setor privado na saúde através de incentivos à estas organizações sociais. As ponderações realizadas no relatório do TCU indicam ainda que leis são criadas com a finalidade de facilitar a fraude nas seleções de OSs, na execução dos contratos e na elaboração de editais a partir de itens de pontuação técnica já direcionados à determinadas entidades.

O trabalho resultou no Acórdão 2468/2023¹⁰ de relatoria do ministro Vital do Rêgo, e na participação dos auditores da unidade técnica no curso de extensão “Gestão de Unidades Públicas de Saúde em parceria com OSS: contrato de gestão”. Além disso, o TCU realizou seminário sobre a atuação das Organizações Sociais em Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (TCU, 2023).

À luz das reflexões e contribuições dos trabalhos analisados é possível constatar que estes modelos alternativos são propostos pelos defensores de práticas neoliberais, entretanto, as lacunas que existem sobre o funcionamento destas organizações nos levam a crer que não há garantias de uma melhor oferta de serviços, argumento este utilizado pelos gestores.

Sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), os trabalhos analisados elucidam a desqualificação da esfera pública, contribuindo para o enfraquecimento do movimento de Reforma Sanitária. Além disto,

a adesão a EBSERH não gerou novos recursos para os hospitais, dentre estes, o HUOL. Pelo contrário, a empresa está gerindo os recursos já existentes. Portanto, sob essa lógica de gestão, o Estado constrói a estrutura física, equipa e entrega o seu patrimônio para uma empresa(...) uma questão contraditória, na medida em que o recurso para geri-la é destinado diretamente do SUS, para uma empresa “pública”, criada para administrar uma instituição também de natureza pública, ou seja, o sistema público dispensando recursos para financiar um serviço que também é público, só que sua gestão executada por meio de um terceiro ente, a EBSERH, logo uma gestão por via de terceiros, por assim dizer terceirizada (Almeida, 2017, p. 11, dissertação 5)

A EBSERH foi concebida através da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 sob a justificativa de otimizar a gestão de hospitais universitários a partir de uma maior eficiência

¹⁰ O documento apresenta levantamento da auditoria acerca da participação das organizações sociais (OS) e entidades congêneres nos serviços assistenciais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) com estudos que identificam 78 eventos de risco e propõe ações de controle. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A2468%2520ANOACORDAO%253A2023%2520DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0

administrativa, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados à população. Entretanto, “trata-se de uma Empresa pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro - 46 Hospitais Universitários” (Correia, 2011, p. 43).

Para Druck (2011) a terceirização tornou-se o principal meio de apropriação da política de saúde, mas para além disso, tem intensificado a degradação do trabalho e torna-se estratégia de dominação que contribui com o crescimento da hegemonia neoliberal. Neste sentido, a terceirização da atividade-fim (como é o caso da EBSEH) acaba por facilitar a mercantilização dos processos de trabalho e da política de saúde, facilitando os meios de apropriação do fundo público.

De certa forma, os documentos mostram uma variedade de institutos, sociedades, associações e diversas formas de organização que fortalecem o setor privado e contribuem para a apropriação da saúde pública. Um dos trabalhos analisados evidencia a criação do Instituto Coalizão, que organiza o conjunto dos distintos segmentos empresariais, desde a indústria farmacêutica até os hospitais privados, passando por planos de saúde.

as propostas e ações de grupos empresariais como o Icos apontam para mudanças importantes no Sistema Único de Saúde. Essas mudanças vão desde a regulação até a assistência, e mesmo na formação político-ideológica, integrando o público e o privado e propondo formas para essas transformações que coadunam com a perspectiva privatizante. Elas vão em direção à apropriação pelo capital e, para tanto, necessitam de mudanças no Estado, nas políticas governamentais, na relação direta capital-trabalho e também nas formas organizativas de participação popular da classe trabalhadora (Zuliani, 2022, p. 9, dissertação 18)

O Icos se apresenta como representante da cadeia produtiva do setor da saúde, dispondo proposições para melhorar o sistema de saúde do Brasil, através da ampliação das relações público-privadas (Zuliani, 2022, p. 10, dissertação 18)

Vê-se que são mecanismos que subvertem o caráter público e universal da saúde em prol da atuação do setor privado. Desta maneira, questões voltadas para as privatizações, as parcerias público-privadas, as ações de responsabilidade social, as compras diretas e indiretas de insumos, produção de materiais dentre outras formas de relação foram identificadas nos trabalhos analisados como mecanismos de apropriação do fundo público que têm impactado negativamente na política de saúde pública, além disso, já integram a conjuntura brasileira e colocam em xeque a qualidade, o acesso e o controle social dos serviços desde a década de 1990.

Cabe diferenciar estes mecanismos de apropriação do fundo público a partir das dissertações analisadas. A EBSEH é uma empresa pública de Direito Privado, vinculada ao

Ministério da Educação e segue os critérios da Administração pública com foco em hospitais universitários. O Icos é uma Organização Social e atua através de contratos de gestão abrangendo diferentes tipos de hospitais. Vê-se que essas diferenças refletem a diversidade de modelos de gestão pública e privada na área de saúde mas apresentam conformações similares ao que se refere a apropriação do fundo público.

Cislaghi (2011) destaca que os organismos internacionais têm contribuído com o processo de enxugamento de gastos do Estado brasileiro, cita como apoiadores o Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Não surpreende ao afirmar que o Banco Mundial teve grande participação na proposta de reestruturação dos hospitais universitários, financiando um empréstimo no valor de 756 milhões de reais, deixando claro os interesses dos organismos internacionais para a saúde. Em consonância, as dissertações analisadas têm levantado as mesmas questões:

As proposições do BM/OMS são direcionadas para a política de saúde, com reforço à ideologia neoliberal, defendendo o fim da universalidade do SUS e a diminuição do Estado na prestação de serviços; para a gestão do SUS, com ênfase no gerencialismo; para os gastos em saúde, com proposições de diminuição; e para a relação público/privado, propondo a ampliação do setor privado no sistema de saúde (Santos, 2020, p. 7, dissertação 8)

Há uma imbricação público-privada, com financiamentos públicos para o setor privado e com a construção ideológica sobre o setor privado ser mais eficiente que o público, que por muitas vezes se alimenta das desigualdades regionais, morosidade e do desafio da integralidade da atenção (Zuliani, 2022, p. 4, dissertação 18)

Apesar das diferenças entre os modelos de gestão, a natureza de repasse de recursos públicos para iniciativa privada continua a mesma, motivo pelo qual Correia (2011) argumenta que privatizar o que é público ameaça os direitos sociais, contraria a legislação do SUS e prejudica os trabalhadores. Neste interim, a autora valoriza a resistência a estes projetos de privatização destacando a importância da participação e controle social, somados à militância de movimentos que compactuam com os ideais da reforma sanitária.

Dentre os vários pontos de destaque nos trabalhos analisados, vê-se que as mudanças na gestão do sistema de saúde correspondem à correlação de forças presente entre Estado, Mercado e Trabalho, entretanto não há garantias de que a imposição de metas e indicadores represente melhor formulação e execução de políticas públicas. Além disto, um ponto comum percebido na análise de um dos trabalhos retrata a problemática no sistema de saúde de São Paulo,

o SUS foi implantado tardiamente (em 2001) (...), e a Estratégia Saúde da Família foi implantando desde o início através de convênios com instituições parceiras, dessa forma, a política de saúde seguiu a tendência da reforma proposta no Caderno MARE no. 13 (Silva, 2015, p. 2, dissertação 1)

As análises acerca de OSs no município de São Paulo constataram que na década de 1990, o município teve a experiência da transferência da gestão dos serviços de Saúde para instituições sem fins lucrativos, com o PAS¹¹ e isto tem contribuído para o aumento do gasto com parcerias para a gestão dos serviços de saúde, representando até 50% do valor empenhado.

O documento “contra fatos não há argumentos” produzido pela Frente nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) elenca uma série de escândalos de corrupção e desvio de verbas envolvendo OSs na cidade de São Paulo, evidenciando a contradição do discurso das OSs, pois “esse processo demonstra que os recursos públicos não estão sendo racionalizados como pretendem as OS, ao contrário, eles vêm aumentando gradativamente paralelo a precarização dos serviços oferecidos” (FNCPS, 2011, p. 67).

Diante das análises realizadas, é inegável o reconhecimento por parte dos autores acerca da importância que o SUS tem enquanto sistema que garante os preceitos constitucionais à população. Entretanto, as regressões executadas suscitam a emergência do debate da privatização dos serviços públicos, ainda mais por afetar diversas políticas de proteção social.

os direitos sociais sofrem regressões cotidianas e o SUS começa a ser disputado com a introdução de novos modelos de gestão, que na verdade, constituem as privatizações na saúde e a desresponsabilização do Estado, na execução das políticas sociais (Rodrigues, 2021, p. 5, dissertação 17)

Esse SUS está sendo transformado desde que foi criado e vêm sendo gradativamente absorvido pela lógica empresarial dominante, abocanhado pelo setor privado e atacado, de várias formas, no que existe de inovador, como a participação e controle social, a garantia de servidores(as) públicos e a construção de modelos de assistência integral (Zuliani, 2022, p. 5, dissertação 18)

Os trabalhos revelam que o SUS está sendo gerido de forma precarizada desde sua criação e é unânime o reconhecimento de que isto ocorre por conta da dimensão ideológica neoliberal que têm fortalecido a atuação do Mercado, além da difusão da ideologia neoliberal incorporada tanto pelos trabalhadores da saúde quanto pela população usuária que acredita na ineficácia do público.

¹¹ Trata-se do Plano de Atendimento à Saúde, criado em 1995 que consiste na parceria da Prefeitura do Município de SP com agentes privados concretizados via convênios de cooperação, cabendo à Prefeitura apenas a supervisão e fiscalização dos serviços (Bucci, 1997).

Estas questões perduram desde a década de 1990 e têm ganhado forças a partir das medidas adotadas por governantes que coadunam com a expansão ampliada do capital, através da superexploração do trabalho e expropriação de direitos sociais (Freitas, 2023, dissertação 4). Vê-se nos trabalhos o crescimento de entidades filantrópicas credenciadas para prestar serviços distintos que circunscrevem o âmbito das comunidades terapêuticas, de serviços oncológicos, Santas casas, dentre outros.

O cenário de *benesses* concedidas às entidades é citado em alguns trabalhos e apresentam similaridades: isenções de impostos, recursos de emendas parlamentares, convênios irregulares entre Instituição e Estado e ainda a cobrança de preços abusivos. Questões estas que representam ônus financeiro para o Estado (Pazolini, 2020, dissertação 3; Freitas, 2020, dissertação 4).

Apesar de inegáveis os avanços conquistados com a política de saúde, o SUS tem enfrentado dilemas para se manter em funcionamento, principalmente no que diz respeito a sua gestão e financiamento. As medidas adotadas valorizam a lógica neoliberal que prega a eficiência/eficácia tanto dos serviços como dos recursos públicos delegando-os para o setor privado, entretanto os resultados para a população usuária do SUS não são positivos. Isto ocorre, pois, ao priorizar a complementariedade através destas entidades e organizações compromete-se a manutenção e ampliação dos serviços públicos. Neste contexto, a falta de condições para a prestação do serviço público afeta as mais variadas áreas.

A partir deste contexto de precarização, o sistema capitalista se beneficia, pois os serviços que passam a ser oferecidos pela iniciativa privada tornam-se a solução para os problemas do público, sendo esta ideia amplamente reproduzida pelos trabalhadores e usuários do sistema de saúde, ou seja, há um convencimento social que valoriza a iniciativa privada.

É evidente ainda que, para além da política de saúde, outras políticas têm sofrido os mesmos ataques, a exemplo da Política Nacional de Humanização, Política de Saúde Mental, Política de Saúde do Trabalhador, estas que foram sinalizadas e exploradas em alguns trabalhos.

No que se refere à Política Nacional de Humanização, a realidade apresentada na dissertação de Silva (2022) evidencia que devido à necessidade de implementação da Política no estado de São Paulo, este foi mais um espaço sociocupacional o qual o/a assistente social pôde ser inserido. Entretanto, apesar da requisição do profissional em grupos e centros de humanização, o fator da autonomia relativa foi considerado um desafio para a autora.

O cotidiano dos serviços de saúde, sob a égide do capitalismo, nos revela uma autonomia profissional ainda limitada, com modelos de gestão centrados na normatização burocrática e processos de comunicação não transversais, que não favorecem o estabelecimento de relações democráticas na construção de um SUS solidário e de qualidade, contrariando os princípios da PNH (Silva, 2022, p. 7, dissertação 13).

Neste contexto a autora reflete sobre os desafios que acompanham a Política de Humanização pois apesar de passados 19 anos da publicação da mesma ainda há dificuldade na qualificação dos trabalhadores e no estabelecimento da gestão participativa.

A respeito da Política de Saúde mental, a dissertação de Tavares (2020) destaca que o avanço do conservadorismo tem impactado negativamente na mesma pois repassa a responsabilidade estatal para as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, indo contra os ideais da Reforma Psiquiátrica e não contribuindo de forma satisfatória para a ressocialização dos usuários que, na grande maioria dos casos, ficam a mercê de instituições religiosas.

Sobre a Política de Saúde do Trabalhador as reflexões de Campanha (2020) pairam sobre o contexto de precarização do trabalho e como isto contribui para os índices de afastamentos e absenteísmo de servidores. Estas questões serão analisadas no tópico seguinte. Ademais vemos que os desafios são inúmeros, motivo pelo qual se torna crucial o debate destas questões.

Alguns trabalhos reconhecem que a partir de 2016 inaugura-se um novo período para o SUS, a partir da aprovação da Emenda Constitucional no. 95/2016, que visa à redução dos gastos públicos. O que se apreende a partir dos trabalhos analisados é que a referida emenda, conhecida como a do teto de gastos, consolidou o desfinanciamento do SUS e anos depois o sistema foi colocado à prova, a partir da crise sanitária, provocada pela pandemia da Covid-19 iniciada 2020. Este momento escancarou a fragilidade da saúde pública para atender demandas emergenciais em larga escala. Um dos trabalhos analisados destaca que,

Embora não seja a primeira pandemia da história, a pandemia de covid-19 é considerada inédita porque suas consequências atingem os sistemas de saúde e, no conjunto dos contágios e letalidade, tem incidência de classe, gênero e raça, tensionando e aprofundando dimensões da crise do capitalismo (Martins, 2022, p. 1, dissertação 7).

Algumas considerações dos trabalhos analisados indicam que, sob empenho do governo Bolsonaro houve a burocratização das políticas assistenciais, o desaparecimento do SUS, o reforço das políticas de austeridade fiscal, o colapso da saúde pública (com destaque para a cidade de Manaus) e a necessidade de reorganização dos serviços de saúde. Os

apontamentos percebidos nas teses e dissertações foram motivos de reflexões para toda a comunidade científica, visto que evidenciou anos de precarização e desvalorização do sistema de saúde brasileiro.

Além disto, no período de pandemia, as declarações do Presidente foram afrontosas à comunidade científica e à própria população, questionando a eficácia das vacinas, a gravidade da doença e encorajando o uso de medicações e tratamentos que comprovadamente eram ineficazes ao tratamento da covid-19.

Estas ações contribuíram para que a catástrofe fosse maior para o Brasil. Mesmo com maior articulação entre os entes federativos e da sociedade em geral houve alto número de contaminações e vidas perdidas (Bellini; Rodrigues; Marques, 2020).

A pandemia também demonstrou a importância de um sistema de saúde público com acesso universal para combatê-la e o quanto o desmonte do SUS ocorrido no país com o avanço do neoliberalismo contribuiu para que ocorressem óbitos devido à falta de leitos, de remédios e de equipamento de proteção individual (EPI) para os trabalhadores além dos danos que a escolha de um modelo gerencial de gestão do SUS, prioritariamente por terceiros, vem produzindo nos resultados de baixa efetividade e de dreno do já insuficiente fundo público (Tavares, 2020, p. 9, dissertação 15)

Ao refletirmos sobre a pandemia enquanto reflexo de uma crise multifacetada, percebemos que as medidas de combate ao vírus são frágeis por conta das limitações impostas às políticas de proteção social. Além disto, estes graves desdobramentos intensificados com o contexto de crise sanitária, escancara quem são os principais afetados pela pandemia: aqueles em extrema vulnerabilidade social (Pinheiro; Barroco; Santos, 2021).

Os trabalhos analisados indicam ainda que os números de óbitos, desempregos e outros fatores de precarização das condições de vida trazidos pela pandemia refletem o aumento das desigualdades sociais no Brasil e no mundo ao mesmo tempo em que as figuras governamentais, que deveriam representar os interesses da coletividade, priorizam os interesses capitalistas.

A partir de então, reafirmam-se antigos dilemas do SUS que implicam na “garantia de direitos, na qualificação da gestão, da atenção e do controle social, exacerbando a precarização das condições de trabalho e a falta de investimento no processo formativo no SUS” (Silva, 2022, p. 8, dissertação 13).

Apesar dos agravos à saúde pública, a pandemia também serviu para reafirmar a importância do SUS, que mostrou sua capacidade de adaptação e resiliência pois apesar de suas fragilidades pôde contribuir para o salvamento e manutenção de muitas vidas.

Grande parte das dificuldades expressas neste período foram ocasionadas pelas medidas do Governo Federal que foram adotadas. Neste contexto, os trabalhos que desvendam os desdobramentos da crise sanitária destacam ações negacionistas e de descrédito da ciência tanto no âmbito das vacinas quanto nos tratamentos ineficazes, além dos privilégios exacerbados que foram concedidos ao setor privado (Zuliani, 2022, dissertação 18).

Afim de apurar as medidas adotadas tanto pelo Governo Federal quanto pelos demais entes da Federação foi instaurado uma Comissão Parlamentar de Inquérito, que detectou diversos crimes e irregularidades que foram cometidas. O relatório da CPI da Covid-19 destacou que o equivalente a 75% do valor destinado ao Fundo Nacional de Saúde em dezembro de 2020 foi direcionado à compra de hidroxicloroquina ou cloroquina em diversos formatos. Neste referido mês, as pesquisas científicas já mostravam a ineficácia do tratamento, configurando assim a irregularidade no direcionamento das verbas públicas, considerando que sequer havia aval da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Outro ponto é que a imunização brasileira demorou a ser iniciada se comparada aos demais países. Tal situação tornou-se ainda mais crítica mediante os escândalos envolvendo o Governo Federal, pois o Presidente da República foi acusado de superfaturar e prevaricar no processo de compras da vacina indiana Covaxin, fabricada pela empresa Bharat Biotech, o então “escândalo da Covaxin” (BBC, 2021).

Assim, podemos afirmar que a pandemia intensificou a mercadorização no campo da saúde devido às situações emergenciais que requeriam processos ágeis e também às fragilidades já existentes no sistema de saúde.

Aqui vemos que a relação público-privado se estreita devido à situação de calamidade pública, porém este estreitamento também explora as fragilidades e inconsistências do mix público-privado, seja através da criação de entidades e organizações ou ainda pela intensificação das privatizações e terceirizações na saúde pública.

A pandemia escancarou a ineficiência da gestão por OSs em tal período, pois se aproveitaram do período emergencial para burlar processos licitatórios. A constatação de fraudes nas OSs não é um fator novo, afinal, o documento produzido pela FNCPS já colecionava uma série de eventos registrados em meados de 2010-2011, portanto, as teses e dissertações analisadas apenas evidenciam a intensificação deste fator em meio à crise sanitária

destacam-se a utilização da tese de calamidade pública para formalizar a contratação indevida da OSS Pró-Saúde, bem como o uso da justificativa de estruturas

hospitalares em risco sanitário e em situação de precariedade (Rodrigues, 2021, p. 6, dissertação 17).

As experiências de gestão da pandemia pelas Organizações Sociais (OSs) demonstraram sua ineficácia e inadequado uso do recurso público na construção de hospitais de campanha e compra de insumos e equipamentos, além do não funcionamento das unidades construídas, como foi o caso do Rio de Janeiro (BdF, 2020) (Zuliani, 2022, p. 3-4, dissertação 18),

Vê-se que a crise sanitária deixou marcas, apesar dos cinco anos que se passaram desde o primeiro caso de infecção identificado no Brasil. Além disto, o período de pandemia intensificou os processos de privatização e desresponsabilização do Estado. Isto nos leva a problematizar as medidas adotadas pelos governantes através dos novos modelos de gestão que aparentemente tornaram-se mais numerosos no país.

Desta forma, é inegável que a tendência político-ideológica neoliberal continua em curso no país e o desmonte do sistema de proteção social foi escancarado a partir da crise sanitária vivenciada. Apesar dos inúmeros escândalos de corrupção pouco tem sido feito para modificar este cenário.

O horizonte para a superação destes ataques à política de saúde e à classe trabalhadora são similares nos documentos analisados. As teses e dissertações não sugerem muitas alternativas, mas há destaque para as seguintes:

- O fortalecimento dos campos de resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores, especificamente tratando-se da FNCPS (dissertação 7);
- Ações de educação em saúde com projetos em áreas de interesse da população usuária (dissertação 12);
- Maior conexão entre unidades de saúde e rede de atenção e o cancelamento da desvinculação de receitas da união e revogação da EC n° 95 (dissertação 14);

Em que pese os trabalhos analisados é possível perceber grandes avanços no campo teórico crítico das políticas sociais e do trabalho profissional os quais ainda carecem de proposições na dimensão técnico-operativa, obviamente, sem desconsiderar a dimensão teórico metodológica e ético-política. Ademais, há apenas uma pequena parcela de pesquisadores que se coloca como partícipe de movimentos sociais que articulam as proposições encontradas nos trabalhos.

Isto permite refletir: enquanto trabalhadores e usuários do SUS pouco adianta propor estratégias quando não nos inserimos em meio a movimentos que representem os interesses de classe e sequer contribuimos para o fortalecimento da coletividade entre classe

trabalhadora. Portanto, importa também pensar e articular-se coletivamente afim de concretizar atitudes que de fato representem a defesa pelo SUS.

3.3 O trabalho profissional de assistentes sociais na mira das Parcerias Público-Privadas: análise das condições de trabalho a partir da produção de conhecimento

A categoria Trabalho está presente de forma explícita na totalidade das teses e dissertações analisadas e traz à tona as atuais configurações do trabalho do/a assistente social inserido na política de saúde. Desta maneira, este tópico explora as condições de trabalho no seio das relações público-privadas, as consequências para os trabalhadores a partir das diversas modalidades de privatizações, bem como os desafios e possibilidades apontados. Também foi possível perceber que a conjuntura de crise sanitária provocada pela covid-19 intensificou as transformações no mundo do trabalho.

Conforme explorado no Capítulo 2, o trabalho enquanto categoria marxista se coloca como atividade reguladora das relações sociais no sistema capitalista, pois é a partir dele que o homem se constrói, sendo produtor, transformador e criador da sua essência, portanto, sendo o trabalho o elo entre as classes sociais ele representa o processo indispensável para a manutenção do sistema capitalista. (Pinheiro; Vallina; Silva, 2023).

A busca insaciável pelo lucro tem contribuído com a reestruturação do trabalho por pelo menos quatro décadas. As diferentes conjunturas históricas experimentadas pela sociedade nos trouxeram à sua atual configuração, em que visam à superação da crise, não mais momentânea e sim estrutural (Druck, 2011).

Para Antunes (2009) a crise estrutural do capitalismo refere-se a um momento em que o sistema econômico enfrenta dificuldades em seu funcionamento o que resulta na reestruturação significativa das práticas e estratégias do capitalismo para tentar recuperar seu ciclo de reprodução, ou seja, sua capacidade de continuar gerando lucro e crescimento econômico. A partir de então, o sistema passou de um padrão de acumulação mais rígido, conhecido como taylorismo e fordismo, preponderante até a primeira metade do século XX, para formas mais flexíveis de acumulação na segunda metade do referido século. Isso foi uma resposta ao esgotamento do modelo anterior de produção, que mostrava sinais de não ser mais tão rentável quanto os capitalistas ansiavam.

A reestruturação produtiva afeta duramente o mundo do trabalho na contemporaneidade, a partir das teses e dissertações analisadas, evidencia-se que os processos

vivenciados pela classe trabalhadora são frutos desta crise estrutural, inclusive, há diversas implicações aos trabalhadores da saúde.

Um dos trabalhos analisados reconhece que as mudanças advindas do período de pós-reestruturação produtiva implicam na precarização, focalização e privatização de diversas políticas, enquanto que a saúde conta com o agravamento de sua mercantilização e precarização de contratos de trabalho.

Outro trabalho analisado mostra mais detalhes desta realidade:

As transformações do mundo do trabalho, que se expressam pela realidade de trabalhadoras(es) da saúde, cada vez mais sendo CNPJ ou com trabalhos *just in time*, além das condições precárias, evidenciados com a pandemia, são acentuadas com as reformas realizadas e com as proposições para busca de acumulação (...) reconfiguram a organização de serviços e as práticas de saúde, justificando inclusive as relações entre capital e trabalho (Zuliani, 2022, p. 12, dissertação 18)

Diante disto, pode-se concluir que os impactos são enormes sobre as condições de trabalho e de vida do trabalhador, assim o trabalhador é inserido neste contexto de precarização, tornando-se vulnerável e frágil perante o capitalismo (Druck, 2011).

Antunes (2009) compreende que a precarização integra um novo proletariado fabril e de serviços: os ditos terceirizados, subcontratados *part time*, dentre outros. Essas novas tendências são frutos tanto do processo de reestruturação como também das mutações organizacionais, tecnológicas e na gestão do setor de serviços.

Neste contexto, as análises das teses e dissertações apontam que os trabalhadores da saúde têm vivenciado de forma intensa as transformações no mundo do trabalho. É possível perceber diferentes tipos de regimes trabalhistas que contribuem para o enfraquecimento da classe trabalhadora pois estas formas alternativas de vínculos acabam ocasionando a desorganização e a desarticulação dos trabalhadores.

Um dos trabalhos analisados emprega a hipótese de que a passividade dos trabalhadores é um dos fatores que tem contribuído para este processo de desarticulação da categoria pois possibilita a diminuição de conflitos e desarticulação da classe trabalhadora (Torres, 2017, dissertação 6).

A autora constata que isto ocorre porque as relações de força presentes no cotidiano destes profissionais acabam por enfraquecer a categoria mediante entraves institucionais que fomentam o ideal individualista no trabalhador, responsabilizando-o integralmente por sua condição laboral.

Um outro ponto é que a classe trabalhadora está submetida às condições que são impostas afim de garantir a manutenção do sistema. Por mais unida e solidária que seja uma classe não se deve esquecer que as necessidades básicas do ser humano precisam ser sanadas e serão na maior parte das vezes sua prioridade, ainda que de forma precária e subjugada.

Nos trabalhos analisados, as condições explicitadas não diferem tanto se os trabalhadores são servidores públicos, celetistas, terceirizados ou de quaisquer outras modalidades de contratação, ainda assim vivenciam a desproteção dos direitos trabalhistas em diferentes níveis. Observa-se que a precarização ocorre, ou seja, os trabalhadores não estão isentos de vivenciar situações que remetem à precarização das condições de trabalho e de vida.

Trata-se de uma resposta do capital que fortalece as medidas de intensificação do ritmo de trabalho e mecanismos que dificultam a contratação de novos trabalhadores (Monteiro, 2021, tese 2).

Em análise comparativa dos estudos produzidos pelo CFESS sobre o perfil profissional de assistentes sociais no Brasil é possível perceber o crescimento de vínculos de trabalho diversos na categoria, conforme tabela 2:

Tabela 2 Comparativo de vínculo profissional por natureza

Natureza	Ano 2005	%	Ano 2021	%
Estatutário	515	55%	15.275	39%
Celetista	252	27%	10.726	27%
Serviço Prestado	54	6%	1.957	5%
Contrato Temporário	87	9%	5.860	15%
Cargo de Comissão	3	0%	1.914	5%
Outros	17	2%	3.660	9%
Total	928	100%	39.392	100%

Fonte: Adaptado de CFESS (2005; 2021).

Verifica-se que este aumento está relacionado com o crescimento de instituições de formação públicas e privadas, bem como a ampliação do mercado de trabalho. Com isso, cresce de forma alarmante contratos temporários, cargos comissionados e outros vínculos.

Entretanto, o relatório do CFESS (2021) explicita algumas características próprias dos Estados brasileiros, por exemplo, as Regiões Norte (11,25%) e Nordeste (15,44%) representam respectivamente contratos por CLT abaixo da média nacional, enquanto que a Região Sudeste lidera o quadro de Estatutários (34,08%) e celetistas (34,25%), sendo que São Paulo é o estado com maior número de celetistas na totalidade nacional com 45,24%.

Evidencia-se então uma contradição comum em alguns trabalhos: a expansão de postos de trabalho é acompanhada da precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde de forma ampla (Bedim, 2023, dissertação 9). O que reflete na intensificação do trabalho de assistentes sociais em determinada instituição que tiveram sua jornada reduzida a 30 horas semanais conforme garantido na legislação,

As trinta horas semanais não resultaram na contratação de novos/as assistentes sociais, apesar dos equipamentos permanecerem com a mesma demanda e horário de atendimento, provocando intensificação dos ritmos de trabalho dos/as profissionais e aumento do banco de horas (Monteiro, 2021, p. 3, tese 2).

Vemos que a garantia de um direito previsto em lei não resultou na melhora das condições de trabalho porque os contratantes (entidades conveniadas ao município de Diadema-SP) mantiveram o mesmo quantitativo de profissionais. Mas esta não é uma realidade única de unidades geridas por OSs, o quadro abaixo evidencia um cenário de precarização em diferentes instituições de saúde.

Quadro 9 A precarização do trabalho com destaque para a terceirização

Documento	Questão identificada	Lócus da pesquisa/Estado
Pinto, 2021, p. 10, dissertação 5.	a respeito da terceirização que para estes/as não parece ser algo tão próximo de privatização, embora reconheçam que estão intimamente interligados, posto que para terceirizar um serviço seja preciso privatiza-lo, a maioria dos nossos sujeitos não percebe a gestão terceirizada por meio da EBSERH, como de fato colocamos “terceirizada”, mas apenas privatizada, por esta não ser executada através de uma empresa totalmente privada, e sim por meio de uma empresa denominada pública de direito privado.	Hospital Universitário Onofre Lopes/HUOL-RN
Torres, 2017, p. 13 e 16, dissertação 6.	Dentre os principais desafios dos(as) trabalhadores(as) da política pública de saúde terceirizada sobleva-se, primeiro, a qualidade da organização do trabalho, em termos de clareza nas prescrições das tarefas, no suporte organizacional e na solução dos problemas e, em segundo, o acúmulo de tarefas. É importante ressaltar que, conforme o arcabouço das leis trabalhistas, principalmente a Súmula 331, o modelo de terceirização, adotado pelo Estado de Goiás, na política de saúde não distingue atividade-meio e atividade-fim. O que configura a ilegalidade praticada pelo Estado e a acentua a precarização das condições de trabalho e de saúde do(a) trabalhador(a) terceirizado.	Hospital de Urgência Governador Otávio Lage de Siqueira/HUGOL- Goiânia-GO.
Santos, 2022, p. 9, dissertação 11	O <i>déficit</i> de profissionais muito se relaciona com o processo de terceirização da saúde, que ao longo dos anos tem diminuído os concursos públicos e priorizado processos seletivos de análises de currículos e/ou indicações.	Atenção básica/Manaus- AM
Gonçalves, 2023, p. 10, dissertação	Embora se verifique um aumento no número de vagas de trabalho nesta área, os mesmos são atingidos pelos efeitos do processo de precarização e terceirização, devido a fatores como,	Hospital Federal de Bonsucesso/RJ

- | | |
|-----|---|
| 14. | por exemplo: contratos de trabalho precários (principalmente em hospitais públicos), sem garantias e proteções trabalhistas, prejudicados sobremaneira pelas recentes contrarreformas que ocorreram |
|-----|---|

Fonte: pesquisador (2024)

Na análise dos trechos referente às dissertações 5 e 6 é possível perceber que os sujeitos mencionados não percebem a gestão terceirizada como uma verdadeira terceirização, mas sim como privatização. Isso ocorre porque a gestão terceirizada é realizada por uma empresa denominada pública de direito privado, o que pode obscurecer a distinção entre uma empresa privada e uma empresa pública.

Nesse contexto pode-se concluir que essa prática pode estar intimamente relacionada à privatização, embora não seja necessariamente idêntica a ela e a permissividade da terceirização na saúde resulta em uma prática que isenta o Estado de cumprir com suas obrigações, beneficiando o setor privado.

Um dos trabalhos analisados apresente uma instituição gerida pela EBSEH em um Hospital Federal do Rio de Janeiro, neste vê-se que, apesar do aumento de número de vagas, há queda quantitativa de profissionais no setor de serviço social, conseqüentemente as demandas excedentes são supridas através do Adicional de Plantão Hospitalar (APH) que acabam por sobrecarregar os profissionais (Gonçalves, 2023, dissertação 14).

Estas questões são frutos da diferenciação da força de trabalho em que há a explícita divisão entre atividade-fim e atividade-meio, entretanto, ambas atividades possuem vínculo de trabalho precarizado pois o processo de terceirização tornou-se um elemento para o Estado burlar a lei de responsabilidade fiscal (Campanha, 2016, dissertação 16).

Neste contexto percebeu-se que há um diálogo entre as dissertações de Gonçalves (2023) e Campanha (2016) sobre o papel que o trabalhador representa ao setor privado. As dissertações citadas evidenciam que o trabalhador se torna um mecanismo à serviço da apropriação privada dos recursos da saúde, escancarando os objetivos do setor privado diante da relação público-privada: tomar pra si o financiamento, a condução da saúde pública, seja através das OSs, OSCs, EBSEH, Institutos Empresariais e/ou outras entidades criadas com apenas esta finalidade.

A partir das análises fica evidente que estas organizações não são mais eficientes/eficazes que a rede pública, pois visam apenas a apropriação de recursos públicos e a exploração da classe trabalhadora através de práticas gerencialistas, do trabalho voluntário ou mal remunerado (Freitas, 2023, dissertação 4).

Sobre as condições de trabalho do/a assistente social, o quadro 5 mostra diversas questões nas mais variadas instituições de saúde pública:

Quadro 10 Fatores de precarização das condições de trabalho

Documento	Questão identificada	Lócus da pesquisa/Estado
Pazolini, 2020, p. 21-22, dissertação 3.	<p>“Tal condição precária de contratação, onde parte das profissionais estão submetidas, está imposta por uma sociabilidade burguesa que aposta no individualismo, na competitividade e na própria fragmentação do trabalho”</p> <p>“a falta de um projeto profissional específico do Serviço Social acaba condicionando a redução do trabalho profissional das assistentes sociais às determinações institucionais, e ao próprio pragmatismo, imediatismo das ações em curso”</p>	Comunidades Terapêuticas-ES
Almeida, 2017, p. 10, dissertação 5.	“(…)em se tratando de incentivo a melhores condições de trabalho, implantação do plano de cargos e carreiras dos seus empregados, desburocratização de alguns processos relacionados à instalação de equipamentos, aquisição de insumos e materiais para viabilizar as condições de trabalho dos profissionais, a empresa, para os nossos sujeitos, ainda deixa a desejar nesse âmbito”.	Hospital Universitário Onofre Lopes/HUOL-RN
Torres, 2017, p. 13, dissertação 6.	“insatisfação quanto às condições de trabalho (insuficiência de profissionais no seu ambiente de trabalho, a execução de atividades para as quais não foram contratadas, metas inalcançadas, a política de Banco de Horas e o índice de acidente de trabalho)”	Hospital de Urgência Governador Otávio Lage de Siqueira/HUGOL-Goiânia-GO.
Monteiro, 2021, p. 21 – 22, tese 2.	<p>“A maioria das entrevistadas enunciaram dificuldades para a delimitação da jornada de trabalho, como o grande volume de trabalho, em virtude de atendimento a demandas da população, das entidades e dos convênios; o <i>déficit</i> de profissionais; a inadequação do horário de funcionamento dos equipamentos à jornada de trabalho das assistentes sociais; a existência de plantões nos finais de semana não remunerados e o medo do desemprego” (p. 21)</p> <p>“verificou-se a existência de baixos salários, <i>déficit</i> de profissionais, intensificação dos ritmos de trabalho, sobrecarga de trabalho, inexistência de plano de cargos e salários e realização de trabalhos excedentes, por meio de horas extras (nem sempre computadas), banco de horas ou por acesso nos horários de folga, por meio das TICs. Em relação às estatutárias da PMD, as entrevistadas reconheceram terem menor proteção trabalhista, considerando a diferença salarial, a pressão por metas e prazos advindos dos convênios e incertezas na permanência no emprego” (p. 22)</p>	Entidades Conveniadas no município de Diadema-SP
Silva, 2022, p. 7, dissertação 13.	“uma autonomia profissional ainda limitada, com modelos de gestão centrados na normatização burocrática e processos de comunicação não transversais, que não favorecem o estabelecimento de relações democráticas na construção de um SUS solidário e de qualidade, contrariando os princípios da PNH”.	Centro Integrado de Humanização da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca/SP.
Gonçalves, 2023, p. 2, dissertação 14.	(o/a assistente social) “dentro da lógica hospitalocêntrica, fica secundarizado, relegado a um trabalho acessório em um ambiente centralizado no saber médico, atendendo às demandas que possam dificultar o atendimento voltado para a saúde curativa”.	Hospital Federal de Bonsucesso/RJ
Wilsing,	“foi possível identificar um exercício profissional burocratizado,	Hospitais de

2022, p. 13, tese 3.	que pressiona em direção à desprofissionalização do Serviço Social e valoriza o cunho administrativo em detrimento da necessidade de capacidade teórica”.	referência para atendimento à Covid-19 (instituições de gestão pública e de gestão via Organização Social)/SP
Pinto, 2021, p. 8, dissertação 10.	no campo do planejamento, o trabalho carece de maior conexão com as requisições postas pelos usuários e com as possibilidades de construção e reconstrução de objetos a partir das expressões da questão social pontuadas pelas assistentes sociais pesquisadas como sendo as que desafiam o trabalho profissional.	Centros de Atenção Integral à Criança/CAIC- Manaus/AM

Fonte: Pesquisa documental, 2024

O que se vê a partir do quadro é que os/as assistentes sociais sofrem a partir de relações de trabalho abusivas entre contratante e profissional e isto desencadeia as demais questões colocadas pelos pesquisadores: a insatisfação profissional; autonomia profissional limitada; dificuldade de planejamento, dentre outros.

Devido à reestruturação do papel do Estado o Servidor Público passa a compor o grupo dos trabalhadores em situação de desproteção, constatação esta que está presente na maioria das teses e dissertações que se propuseram a analisar a categoria trabalho considerando o Estado enquanto elemento contraditório que perpetua a acumulação e expansão do capital (Freitas, 2023, dissertação 4).

O ponto de partida dos estudos diz respeito ao processo de redefinição do Estado que ocorreu na década de 1990, vejamos:

A redefinição da função do Estado, no contexto das novas determinações do padrão de acumulação capitalista, compõe as transformações sócio-históricas do mundo do trabalho, sob a hegemonia do ideário neoliberal, por meio da lógica da flexibilização e de suas tendências relativas à terceirização da política social, no caso, da saúde pública (Torres, 2017, p. 14-15, dissertação 6).

A crescente transferência estatal da execução de políticas públicas, por meio de parcerias entre público e privado (e o "terceiro setor") impacta de forma direta na "nova morfologia de trabalho de assistentes sociais" vista principalmente pela subcontratação, terceirização e precarização das condições de trabalho. Trata-se de um processo abrangente e de grande complexidade, que atinge a totalidade da força de trabalho, as relações de trabalho no espaço estatal das políticas sociais e, portanto, o trabalho de assistentes sociais e demais profissionais, ainda que com diferenciações (Monteiro, 2021, p. 7, tese 2).

Um ponto considerado diante das análises até aqui feitas é que o profissional de Serviço Social é um trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho e tem seus conhecimentos apropriados pelo empregador, questão esta que justifica sua autonomia

relativa, que ao chocar-se com o poder institucional está sujeito as mais variadas expressões da precarização de seu trabalho.

Expressões estas que vão desde o déficit de profissionais, as exigências e metas abusivas, falta de condições de trabalho, violação de direitos, falta de percepção crítica, reprodução de ações individualistas e curativas, distanciamento dos profissionais na militância política dentre outras. Todas estas questões citadas são identificadas nos documentos analisados e isto torna-se uma preocupação para a categoria profissional.

Sabe-se que a área da saúde é historicamente um dos principais espaços socio ocupacionais que o/a assistente social integra, além disto, o profissional tem sido cada vez mais requisitado a compor espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, bem como desenvolver ações na gestão e no planejamento da política de saúde. Além disto, “os profissionais da saúde têm sido a vanguarda da resistência à privatização o que tornou a precarização dos contratos de trabalho uma necessidade para seguir com os ataques privatistas” (Cislaghi, 2015, p. 8, tese 1)

Os trabalhos analisados apresentam diversidades relacionadas à inserção profissional na Política de Humanização, Política de Saúde do Trabalhador e Política de Saúde Mental, e em cada um dos trabalhos é possível perceber que o profissional lida com desafios que exigem um olhar crítico e atento em seu cotidiano de trabalho para que não reproduza ações conservadoras que pouco podem contribuir para o fortalecimento da saúde pública. Um dos trabalhos revela que,

Essa possibilidade de o trabalho profissional [não] ser um instrumento das classes dominantes precisa estar clara no fazer profissional, o que só é possível por meio de uma leitura crítica da realidade social da profissão, da intencionalidade do trabalho, dos valores que permeiam as respostas profissionais, pois romper com a razão instrumental que permeia a lógica do capital e que se espalha por todos os segmentos da sociedade, incluindo o Estado, requisita um profissional com formação de qualidade e que esteja disposto a manter um processo de formação continuada que não dicotomize teoria e prática (Pinto, 2021, p. 5, dissertação 10).

Esta reflexão indica a necessidade de ampliar os debates sobre a autonomia dos profissionais e sua estreita relação com a formação crítica. Nessa linha é também necessário pensar coletivamente em estratégias de resistência para mudar a realidade que tem se colocado para o/a assistente social em situação de sobrecarga de trabalho, adoecimento mental, alienação, dentre outros fatores. Somente desta forma será possível que o trabalho profissional impulse articulações e intervenções estratégicas e que dialoguem com a racionalidade contra hegemônica.

Frente às condições de trabalho e aos desafios impostos ao assistente social na política de saúde que foram percorridos há que se destacar que muitas destas questões foram intensificadas no período de crise sanitária, provocada pela covid-19. A pandemia foi aproveitada como oportunidade, por governantes e pelo empresariado, para intensificar a precarização do trabalho aos trabalhadores da saúde. Nos trabalhos analisados foi possível identificar várias implicações que o cenário pandêmico ocasiona ao trabalho, conforme pode ser observado no Quadro 9:

Quadro 11 Implicações da Covid-19 no trabalho de assistentes sociais

Documento	Questão identificada	Lócus da pesquisa/Estado
Santos, 2022, p. 11, dissertação 11-12	<p>Durante o trabalho na pandemia, as profissionais tiveram que lidar com uma realidade nova e extremamente desafiadora (...) O uso dos EPIs foi algo bastante mencionado durante a pesquisa, pois os mesmos eram mecanismos importantíssimos para preservar a vida das profissionais. Observou-se que a disponibilização de EPIs nas unidades de saúde se centrou basicamente em máscaras cirúrgicas como maneira de impedir a propagação da covid-19.</p> <p>O colapso da saúde no Amazonas marcará a história da saúde pública para sempre. Os relatos dos profissionais da saúde na primeira e segunda onda da covid-19, observados na pesquisa, evidenciaram exaustão, sobrecarga de trabalho, angústias, sofrimento físico e mental, bem como condições de trabalho e de saúde fragilizadas.</p>	Atenção básica/Manaus-AM
Silva, 2022, p. 4 - 5, dissertação 13	Foram necessárias mudanças na estrutura física, aquisição de equipamentos, elaboração de novos protocolos de atendimento, capacitação técnica dos profissionais, intensificação do uso da tecnologia (e introdução de tecnologias de comunicação) e pactuações por recursos financeiros com o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.	Centro Integrado de Humanização da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca/SP.
Gonçalves, 2023, p. 10, dissertação 14.	Com o advento da pandemia da Covid-19 ocorreram limites que provocaram alterações na atuação profissional da/o assistente social no hospital, surgindo a necessidade de se desenvolver estratégias para a atuação profissional em virtude deste cenário pandêmico agravado por conta do incêndio sofrido pelo hospital em outubro de 2020, o que comprova um dos pressupostos dessa pesquisa, de que a realidade de trabalho de assistentes sociais no HFB complexificou-se em virtude da pandemia e do incêndio	Hospital Federal de Bonsucesso/RJ
Wilsing, 2022, tese 3, p. 13	Os dados coletados na pesquisa indicam um viés de atuação profissional cada vez mais executante, o que sugere que a realidade da pandemia contribuiu para reabilitar velhas práticas profissionais, embora sob novas roupagens, retomando a discussão do viés clínico para a profissão.	Hospitais de referência para atendimento à Covid-19 (instituições de gestão pública e de gestão via Organização Social)/SP

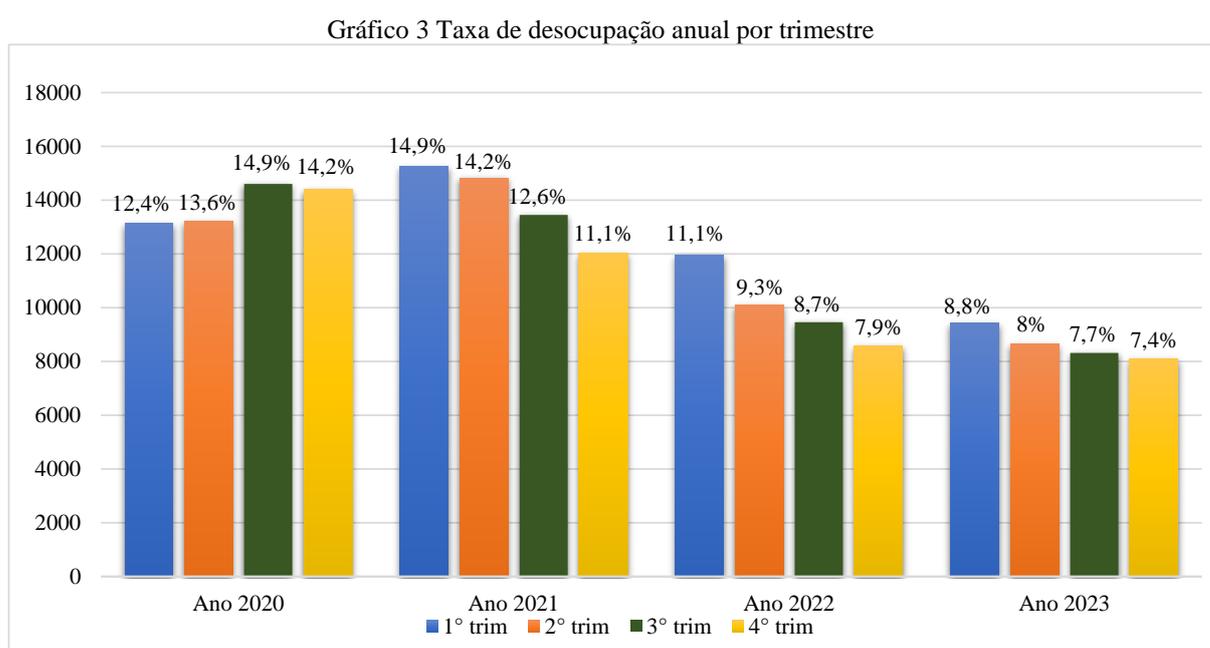
Fonte: Pesquisa documental, 2024.

O quadro evidencia que a precarização do trabalho que cresce desde a reestruturação produtiva, aumentou ainda mais no contexto de pandemia. É possível notar que com os limites impostos pela pandemia os assistentes sociais da saúde foram impactados de diversas formas, entretanto nota-se que há agravantes relacionados ao adoecimento físico e mental desencadeados devido à sobrecarga de trabalho, aos vínculos fragilizados, dentre outras questões.

Antunes (2022) destaca que a pandemia ocorreu em um cenário no qual já se registrava altos índices de informalidade, desemprego e desproteção trabalhista. O que ocorreu é que, mesmo diante do contexto pandêmico, o capitalismo continuou avançando, fazendo com que a vida da classe trabalhadora oscilasse entre fome, busca por trabalho e o risco constante de adoecimento e/ou morte.

Questão esta que dialoga com as reflexões de Souza (2021, p. 4) sobre o desemprego no período da pandemia: “o desemprego, que já era um expressivo problema, sobretudo em sociedades dependentes, a exemplo do Brasil, é retroalimentado por uma dinâmica de crise sanitária-social, ainda que disfarçado na forma de ocupações sem proteção social”.

Neste contexto, os dados do PNAD Contínua (2024) dispostos no gráfico 3 indicam que o terceiro trimestre de 2020 e primeiro trimestre de 2021 registram os mais altos índices de desocupados, sendo estes os períodos em que foram registrados o fechamento de serviços devido às medidas de distanciamento social, bem como os diversos colapsos no sistema de saúde pública devido ao aumento exponencial de casos.



Fonte: adaptado de IBGE (2024).

Apesar dos altos índices registrados nos dois últimos trimestres de 2020 e dois primeiros trimestres de 2021 com 14,9% e 14,2% em ambos, é possível notar que os percentuais decaíram em 2022. No ano de 2023 registra-se a média de 7,9%, valor este similar ao registro de 2014 (7,2%), período em que se iniciava a longa recessão econômica no Brasil (IBGE, 2024). A partir desses dados, surgem alguns questionamentos, como, por exemplo: quais tem sido as consequências para a classe trabalhadora em decorrência dos desmontes? Há crescimento no mercado de trabalho, sob que condições e qual a qualidade dos empregos ofertados?

De acordo com o IPEA (2023), o mercado de trabalho brasileiro encontra-se em ascensão, com trajetória favorável, mesmo que não comparada a períodos anteriores positivos. Outro ponto é que os setores de saúde e educação foram os que mais cresceram nos últimos doze meses (2022), com expansão de aproximadamente 872 mil indivíduos entre o segundo trimestre de 2022 e o terceiro trimestre de 2023.

Apesar dos registros indicarem a ampliação no mercado de trabalho no último ano, não se pode afirmar que os índices estão atrelados a melhores condições de trabalho, pelo contrário, o recorte desta pesquisa no contexto de pandemia revela que o trabalho, principalmente na saúde, tornou-se mais precarizado.

A partir das análises feitas é possível perceber que a realidade não é distinta quando nos debruçamos sobre o trabalho do/a assistente social, as modificações na morfologia do trabalho do assistente social têm se intensificado e se relacionam com os achados de Raichelis e Arregui (2021):

Os variados estudos, levantamentos, depoimentos, bem como o acompanhamento atento do debate profissional em diversos espaços ocupacionais, públicos e privados, evidenciam, de um lado, o medo, as pressões, as angústias reais de assistentes sociais, especial, mas não exclusivamente, daqueles(as) que estão na linha de frente do trabalho presencial; e de outro, os sofrimentos e adoecimentos desencadeados em todos(as), tanto no trabalho presencial quanto no remoto, em meio à impotência para fazer frente às expressões mais dramáticas da questão social e às necessidades urgentes dos indivíduos e famílias que demandam atenção pública (p. 144).

Como visto, este trabalho precarizado está presente em todos os setores e nichos do mercado e conta ainda com a incorporação das tecnologias de informação e comunicação para auxiliar neste processo (Raichelis; Arregui, 2021). Neste contexto, “as mudanças nos processos de trabalho, com o uso de tecnologias ou com as desregulamentações dos direitos e

das novas formas de gestão e participação em saúde, pretendem garantir a mais-valia” (Zuliani, 2022, p. 12, dissertação 18).

Diante das observações e constatações aqui feitas é inegável que o cotidiano profissional segue marcado por tensões e desafios, motivos pelos quais também se faz necessário refletir coletivamente sobre as possibilidades de superação das requisições impostas.

3.4 Estado, Hegemonia e Políticas Públicas: a importância da participação social para o fortalecimento do SUS

Na análise dos trabalhos foi percebido que a figura do Estado tem mediado as relações entre o público e o privado. No contexto brasileiro, a década de 1990 inicia o período de reformas do Estado em função da crise do capital e do avanço do neoliberalismo.

É interessante destacar que historicamente o caráter burguês do Estado brasileiro carrega consigo uma dinâmica que prioriza interesses particulares. Neste contexto, observamos que algumas teses e dissertações utilizam-se das interpretações gramscianas para compreender a complexa relação entre Estado e Sociedade civil. Portanto, é inegável o diálogo com o eixo “Hegemonia”. Desta forma, alguns trabalhos exploram os feitos dos aparelhos hegemônicos e sua relação com a privatização da saúde, a luta de classes, o controle e a participação social a partir da visão gramsciana.

A partir das análises é possível perceber que as formas de dominação exercidas e encorajadas pelo Estado neoliberal têm contribuído para fortalecer a classe dominante, seja através de discursos ou da desresponsabilização do Estado em prover políticas públicas que atendam, de fato, a coletividade. Assim, foi selecionado o eixo “Políticas Públicas” para apreender quais os desafios impostos às políticas de proteção social (com ênfase na saúde pública) a partir da contrarreforma do Estado brasileiro e das modificações na relação Estado e Sociedade. Com isto, temos um imbricamento dos eixos “Estado”, “Hegemonia” e “Políticas Públicas”, categorias cruciais para o alcance dos objetivos desta pesquisa.

Como discorrido anteriormente, o Estado tem atuado como regulador de interesses desde os primórdios do capitalismo, isto é, “sempre desempenhou funções e posições que influenciaram a regulação e/ou o fomento das forças produtivas e das relações sociais” (Junior, 2002, p. 22). Entretanto, é no desabrochar do sistema capitalista e das relações sociais que o Estado assume diferentes roupagens.

Na periferia do capitalismo dos anos 50 e 60, o Estado é o principal responsável pela industrialização e modernização da vida urbana. Na década de 70, no entanto, inverte-se o papel desse Estado que passa a ser considerado obstáculo ao desenvolvimento econômico. Nos anos 80, emergem modelos de organização estatal e de relação com a sociedade condizentes com o receituário econômico liberal, ou seja, o livre-mercado como agenciador da organização social e definidor do papel do Estado – o Estado mínimo. No início dos anos 90, surgem críticas às proposições liberais da década anterior, que criam necessidades de articulação das dimensões política e econômica na conformação de um novo Estado (Junior, 2002, p. 22-23).

Após a Segunda Guerra Mundial, muitos países adotaram uma abordagem de capitalismo que combinava o crescimento econômico com políticas sociais. Esse período é conhecido como a "Era de Ouro" do capitalismo. É neste período que se registra uma profunda mudança na perspectiva do Estado, pois devido às demandas e pressões da classe trabalhadora se fez necessário estabelecer um diálogo entre Estado liberal e Estado Social, além da expansão de direitos políticos e sociais (Behring; Boschetti, 2011).

Para Martins (2014) trata-se da superação da crise de 1929, pois a partir de 1945 registra-se um longo período de intervenção estatal a fim de reavivar a produção, o consumo e as taxas de lucro. É neste momento que também se inicia a financeirização da economia.

Entretanto, nos anos 1970, a estagnação econômica e alta inflação levou a um repensar das políticas econômicas, conforme preconiza Anderson (1995, p. 2):

A chegada da grande crise do modelo econômico do pós-guerra, em 1973, quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, mudou tudo (Anderson, 1995, p. 2)

O capital iniciava um novo ciclo, exigindo um novo modelo de acumulação que não dependesse mais de vários contingentes de trabalhadores para rotinas produtivas e que superasse o temor do poder coletivo conquistado pelos trabalhadores para pressionar o Estado em suas demandas¹². Assim, buscou-se o rompimento do pacto entre capital, trabalho e Estado (Martins, 2014).

É neste ponto que o Estado se vê obrigado a rever as medidas que passaram a ser consideradas onerosas e adjetivadas de insustentáveis, dado o fortalecimento da classe trabalhadora e a pressão permanente para a garantia e ampliação dos direitos sociais. A solução encontrada ancorava-se na perspectiva neoliberal e visava a contenção de gastos

¹² Anderson (1995, p. 2) a partir das contribuições de Hayek e demais companheiros da época acreditava que as raízes da crise estavam localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais.

sociais em prol de maior liberdade de mercado. É então que o capitalismo entra numa nova fase, enfatizando mercados livres, desregulamentação e governo limitado na esfera social.

Estas reflexões se fazem pertinentes para se entender como o neoliberalismo ganha força e se consolida como medida política, ideológica e cultural diante da crise capitalista no contexto internacional e de que forma isto é registrado no Brasil.

Na América Latina as mudanças se intensificaram na década de 1980, contando com mecanismos de investimentos externos que exigiam políticas de reajustes para atrair capital internacional e priorizar o crescimento econômico, entretanto, as medidas acabaram por acirrar o aumento da pobreza e as disparidades regionais (Junior, 2002).

Como bem retratou-se, este processo trouxe implicações para a conjuntura brasileira a partir da década de 1990 e que já foram anteriormente citadas, entretanto, é possível perceber nos trabalhos analisados as contradições e interesses que permeiam a disputa pela política de saúde e o fundo público a partir da chegada do neoliberalismo ao contexto brasileiro. O quadro abaixo revela trechos dos trabalhos que detalham a força do neoliberalismo no Brasil:

Quadro 12 Implicações do neoliberalismo ao Estado brasileiro

Documento	Questão identificada
Correia, 2020, p. 4, dissertação 2.	o Estado com a face neoliberal, respondendo às imposições das organizações financeiras internacionais (Fundo Monetário Internacional FMI e Banco Mundial BM), deixa de ser produtor de serviços para ser um agente estimulador, regulador e financiador de políticas públicas, o que representa ser um agente financiador para o capital através do fundo público ao invés de aportar, por exemplo, às políticas de Seguridade Social
Pazolini, 2020, p. 6, dissertação 3.	os estragos do neoliberalismo, articulado a uma política econômica que propõe uma drástica redução do Estado na área social, e forte intervenção no mercado econômico, se estende a dinâmica de todas as esferas da vida social, fortalecendo a ideologia dominante do capital
Almeida, 2017, p.12, Dissertação 5.	de fato, uma das maiores conquistas do neoliberalismo, foi imprimir a concepção de que os serviços sob a responsabilidade do Estado não funcionam a contento para a população.
Campanha, 2020, p. 15, dissertação 16.	Delegar à iniciativa privada o serviço “bom” ao serviço público a não contemplação das necessidades sociais, a tudo o que é ineficiente, é proveniente de um processo que visa à desoneração do Estado, ao afastamento de um Estado Social e à aproximação cada vez maior do Estado enxuto para a população e dadivoso ao empresariado, sob a égide neoliberal.
Rodrigues, 2021, p. 5, dissertação 17.	A crise de 1970 revelou uma forte reação da burguesia na tentativa de recuperar o seu padrão de acumulação, exigindo do Estado a reorientação de suas funções, no bojo dos processos de reestruturação produtiva e de financeirização do capital. Essa crise contemporânea neoliberal impulsionou as reformas de Estado, que tinham apoio dos organismos internacionais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Isso adensou a mercantilização do âmbito social e intensificou a expropriação do trabalho necessário.
Cislaghi, 2015, p. 1, tese 1.	o período que se convencionou chamar de neoliberal, traz profundas implicações para o Estado e as políticas sociais, colocados, cada vez mais, a serviço do capital, ainda que, residualmente, mantenham seu papel de garantir a reprodução da classe trabalhadora e a coesão social.
Monteiro,	Há um exponencial aumento da terceirização na execução de políticas públicas, a partir

2021, p.19, tese 2.	dos anos 1990, no Brasil, apoiada pela lógica neoliberal de busca de eficiência e de contenção de gastos do Estado
---------------------	--

Fonte: Pesquisa documental (2024).

Antes de nos debruçarmos sobre os organismos internacionais é importante compreender o conceito de hegemonia e as reflexões que aparecem nas teses e dissertações acerca do tema. O termo “aparelho hegemônico” que foi capturado nos trabalhos analisados encontra-se baseado nas concepções de Gramsci sobre o Estado ampliado e sua relação com Sociedade Civil. Assim, conforme Coutinho (1995), pode-se considerar a sociedade civil como instituições e esferas sociais que exercem influência sobre determinado grupo, como igrejas, escolas, sindicatos, partidos políticos, dentre outros.

Dissecando as contribuições de Coutinho (1995) sobre Gramsci, este afirma que, devido à entrada de diversos atores sociais na disputa de seus interesses, o Estado vê-se obrigado a fazer concessões, é então que os aparelhos de hegemonia entram em cena, pois funcionam como meios pelos quais a classe dominante dissemina sua ideologia e valores, obtendo consentimento e apoio das massas, mesmo que de forma implícita ou inconsciente.

O Estado, e conseqüentemente o fundo público, é compreendido não como um ‘ator’, como querem teorias que justificam as teses neoliberais assim equalizando o Estado aos agentes privados, mas como uma arena de disputa (...) A luta de classes atua sobre e no Estado, o que o leva, em conjunturas mais favoráveis aos trabalhadores, a algumas concessões e escolhas políticas que podem pender para o lado do trabalho (Cislaghi, 2015, p. 3, tese 1).

Portanto, o Estado capitalista passa a garantir as relações de exploração a fim de atender as necessidades de expansão do capital. Neste sentido, podemos afirmar que a hegemonia se trata do processo pelo qual uma classe social consegue exercer liderança e influência cultural, ideológica e moral sobre outra classe, tornando suas ideias e valores predominantes na sociedade. É o que ocorre na atualidade com a ascensão e fortalecimento do neoliberalismo, pois este torna-se tão influente entre a classe dominante que passa a articular-se junto do Estado para colocá-lo a serviço do capital, diminuindo sua capacidade de provedor e repassando o financiamento de serviços que eram de sua responsabilidade a terceiros.

Silva *et al* (2019) menciona que a liderança e influência cultural de um grupo hegemônico é exercida por intelectuais que estão inseridos também nos aparelhos privados de hegemonia. Entretanto, estes intelectuais têm atuado de forma estratégica, a fim de fortalecer o sistema.

a classe dominante vai construindo a hegemonia neoliberal privatista através do consenso e da dominação política, introjetando nas massas, mediante artifícios culturais e ideológicos, a noção de que os direitos sociais devem ser cessados através do mercado ou por meio das organizações do chamado “terceiro setor”, as quais devem ser financiadas pelo Estado (Freitas, 2023, p. 15-16, dissertação 4).

Um claro exemplo que pode aqui ser colocado trata-se das situações vivenciadas no período de crise sanitária da Covid-19. No governo de Bolsonaro (2019-2022) foi percebida a priorização de políticas que visassem o favorecimento do mercado e da iniciativa privada em detrimento da política de saúde e da proteção social à classe trabalhadora.

Muitos governos ao redor do mundo adotavam medidas de isolamento social mais rigorosas para conter a propagação do vírus, enquanto o governo de Bolsonaro frequentemente enfatizava a necessidade de manter a economia aberta, minimizando a gravidade da pandemia e criticando medidas de *lockdown* adotadas por estados e municípios.

Além disto, o governo de Bolsonaro foi fortalecido por sua postura militarista, contribuindo para o fortalecimento do conservadorismo e da extrema direita. Sua gestão colecionou catástrofes políticas, econômicas e sociais, chegando a encorajar seus apoiadores a prática de atos de violência e vandalismo que foram registrados no dia 8 de janeiro de 2024, fatídico dia dos ataques ao congresso nacional.

Figura 5 Invasão ao congresso: 8 de janeiro de 2023



Fonte: Jornal de Brasília, 2024.

Com isto, vê-se que essas ações são exemplos da arena de conflito que o Estado brasileiro é, pois, refletem como a abordagem neoliberal atua a partir de grupos hegemônicos

que, visando seus interesses, utilizam-se da dominação das massas para posicionar-se contra a democracia.

Estas questões também evidenciam para além das crises já registradas – econômica, política, social e sanitária – uma crise hegemônica que registra a degradação do consenso na sociedade brasileira tendo em vista que os apoiadores de Bolsonaro consideraram o uso da violência como meio para desqualificar os resultados obtidos democraticamente nas eleições de 2022.

A partir destas reflexões do conceito de Hegemonia com enfoque na conjuntura brasileira podemos dar andamento ao segundo ponto de destaque identificado a partir dos trabalhos analisados, que diz respeito às imposições de organismos internacionais para as políticas sociais, com um recorte para a saúde.

Importa apresentar previamente quais são os organismos ou atores internacionais problematizados nas teses e dissertações. Alguns trabalhos apresentam enquanto aparelhos hegemônicos os seguintes: Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Organização Mundial da Saúde (OMS). É no contexto de pós segunda guerra mundial que são gestados estes aparelhos hegemônicos, afim de gerir a crise capitalista, entretanto o que se notou foi a garantia do imperialismo americano às custas de países em desenvolvimento (Santos, 2020).

O BM e o FMI foram fundados no período do pós-guerra com o objetivo de promover a estabilidade econômica global e apoiar na reconstrução dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial. Para isso, previam a captação de recursos e oferta de empréstimos aos países-membros (Misoczky, 2003). Santos (2020, p. 43) destaca que “desde sua criação, esses aparelhos multilaterais de hegemonia são comandados pelos EUA, incluindo sua estrutura, direção política e suas formas de empréstimos”.

Isto fica evidente ao acompanhar a trajetória do BM e do FMI descrita por Misoczky (2003), a autora ressalta que a partir da década de 1960 estes expandem a sua atuação na captação de recursos, em 1970 os recursos ofertados passam a ser uma forma de persuasão para os governos alterarem suas políticas e em 1980 as agendas de saúde tornam-se atrativas aos organismos internacionais, funcionando como uma nova área possível para captar recursos.

Diante do crescimento do BM e do FMI houve significativa redução na influência da OMS que até a década de 1980 era considerada referência internacional no campo da saúde. Em síntese pode-se afirmar que o impacto da OMS foi diminuído devido à expansão destes organismos internacionais (Misoczky, 2003).

Santos (2020) acrescenta ainda que a colaboração entre BM e FMI contribuiu para a criação da Organização Mundial do Comércio (OMC), ocorrida em 1995, com objetivo de gerir as regras do comércio entre as nações. O autor acredita que as imposições feitas pela OMC contribuíram para a expansão do comércio mundial da indústria farmacêutica.

As reformas neoliberais tomaram a agenda desta tríade: BM/OMC/OMS durante os anos seguintes e se fortaleceram com a reciclagem do programa político neoliberal a partir de 1995. A abertura para o livre comércio, a privatização dos serviços públicos e a liberalização do mercado de trabalho ocasionaram reformas e ajustes fiscais na saúde e na educação. Assim, tanto na área da saúde como da educação observa-se que os serviços pioraram a qualidade, afetando os setores mais pobres da população (Santos, 2020, p. 45).

Vê-se que estas organizações historicamente exercem influência nas recomendações aos países membros, e no caso do Brasil há interesse econômico que podem se resvalar na gestão de políticas públicas, como os trabalhos analisados evidenciam. Isso resulta em uma desnacionalização que obedece aos interesses do capital e à preservação de sua influência hegemônica global fortalecida pelas políticas econômicas e empréstimos internacionais.

Cabe ressaltar que estes aparelhos privados de hegemonia continuam se expandindo, principalmente na área empresarial¹³, portanto, compreender as estratégias de dominação de classe e desvendar a essência do capitalismo contemporâneo, a partir das formas que assumem possibilita fortalecer os processos de resistência que tem sido instaurado para a defesa da saúde pública.

De modo geral, o impacto dos aparelhos privados de hegemonia sobre as políticas públicas tem representado ameaça constante às políticas de saúde e educação, entretanto, a partir das teses e dissertações analisadas é possível notar a ênfase dada à saúde no quadro a seguir.

Quadro 13 Influências dos aparelhos hegemônicos para política de saúde

Documento	Questão identificada
Freitas, 2023, p. 18, dissertação 4.	há interesses políticos e ideológicos por trás dessa prática, pois estas instituições cumprem um papel significativo na reprodução ampliada do capital, principalmente por meio da colaboração com a construção da hegemonia do pensamento privatista neoliberal
Almeida,	mesmo diante dessas conquistas a efetivação SUS é permeada por obstáculos que se acirram com a adesão do país às determinações econômicas do capital financeiro mundial,

¹³Neste contexto a dissertação de Zuliani (2022) explora a temática e destaca que alguns destes aparelhos atuam desde o período da ditadura empresarial-militar, diferenciando apenas na relação “intraburguesa” com o Estado restrito. A ênfase de análise do trabalho trata-se do Instituto Coalizão (Icos) que organiza quase o conjunto dos distintos segmentos empresariais, desde a indústria farmacêutica até os hospitais privados, passando por planos de saúde (p. 6). Para o autor, as ações destes grupos têm forte perspectiva privatizante e também tem impactado na relação capital-trabalho contribuindo com a precarização e exploração dos trabalhadores.

2017, p. 1, dissertação 5.	que implica em se filiar ao modelo de ajuste estrutural de cunho neoliberal, no qual a intervenção do Estado na gestão das instituições públicas deve ser mínima, privilegiando os interesses do mercado.
Santos, 2020, p. 7-8, dissertação 8.	as tendências das proposições advindas dos aparelhos privados de hegemonia BM/OMS, no recorte temporal de 2003 a 2018, são ofensivas para a Política Nacional de Saúde brasileira, uma vez que suas orientações são postas no sentido da mercantilização da Política de Saúde, enquanto nicho de acumulação do capital
	Atestamos que os empréstimos fornecidos pelo BM só alargam a situação de dependência de Estados, Municípios e da União. E estes têm incorporado diversas orientações nefastas do BM/OMS para a política de saúde. E isso ocorre, muitas vezes, conforme constatamos na análise da pesquisa, por obrigação e subordinação econômica; ou porque os governantes apoiam significativamente a ideologia neoliberal.
Zuliani, 2022 Dissertação 18, p. 11	Seus prepostos são articulados e fazem parte do mesmo projeto de grupos políticos que já atuavam no campo da saúde, agindo na Sociedade Civil e Política para garantir legislações ou políticas que efetivassem a ampliação do setor privado. (...) Ele propõe sua agenda, cumprindo papel de construção de uma coesão interna ao empresariado, fortalecendo sua participação no Estado restrito e garantindo o convencimento na Sociedade Civil quanto às relações público privadas.
Marques, 2019, p. 1 e 7, dissertação 19	O contexto em que a relação pública e privada na saúde está inserida é complexo e contraditório, a correlação de forças e interesses antagônicos perpassam não só toda a construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas muitas legislações e resoluções que o regulamentam, assim como regulamentam a participação do setor filantrópico.
	A tendência política ideológica que observamos foi que defendem interesses privados, interesses e direitos para suas instituições, não estão ali para defender os interesses da classe trabalhadora ou melhor dizendo, dos usuários do SUS, muito pelo contrário, estão ali claramente para defender os direitos dos hospitais, mais recursos, mais isenções e benefícios.

Fonte: Pesquisa documental (2024).

Portanto vemos que o processo de contrarreforma do Estado brasileiro parte das orientações destes aparelhos hegemônicos, sob a justificativa de que a interferência Estatal demasiada era insustentável e, a longo prazo, a alternativa proposta pela classe hegemônica dominante simpatizou com as tendências de contrarreforma e desmonte de direitos sociais. Estas questões estão presentes na totalidade das teses e dissertações analisadas.

Essas contradições apresentam inflexões mais fortes, a partir do processo de contrarreforma do Estado que toma uma dimensão maior na década de 1990, continuam nos governos do PT, são acirradas no governo ilegítimo de Temer e na conjuntura contemporânea (Santos, 2020, p. 2, dissertação 8).

A contrarreforma reduz consideravelmente o papel do Estado enquanto executor de políticas públicas especialmente as sociais, estabelecendo sua função como fiscal do cumprimento das leis e de garantias da ordem social que fundamentam a economia de mercado. Tal lógica de gestão de Estado se fez presente na materialidade da Política de Saúde (Wilsing, 2022, p. 6, tese 3).

É perceptível também que os interesses políticos e ideológicos vão paulatinamente se modificando e incorporando a saúde pública como área passível de lucro. Neste contexto, não

só as agendas dos organismos internacionais como também dos governantes tornam-se mais propícias à figura do Estado restrito.

Para Souza (2019) a saúde pública no Brasil conta com alguns documentos que marcam o início deste processo: ‘Brasil, novo desafio à saúde do adulto’; ‘Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde’; ‘A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90’. As orientações previstas nestes documentos contribuíram para o subfinanciamento da política de saúde a partir da desvinculação de receitas, direcionando recursos públicos para o pagamento da dívida pública. Um dos trabalhos analisados destaca que,

o acirramento das disputas pelo fundo público e o posicionamento político-hegemônico do Estado em favor do capital financeiro, o qual se materializa mediante mecanismos de Desvinculação de Receitas da União (DRU) para o pagamento da dívida pública, de doações, de subvenções, de isenções fiscais, de incentivo financeiro para OSCs, dentre outros, que desonerarem o capital e não se revertem mais em políticas públicas (Freitas, 2023, p. 5-6, dissertação 4)

Entretanto, observa-se que os movimentos sociais à época foram cruciais para opor-se ao desmonte do SUS, pois de certa maneira, o direito à saúde foi incorporado pela sociedade, fazendo com que os princípios da reforma sanitária permaneçam vivos em várias frentes de defesa. Desta forma, atuaram de forma contra-hegemônica, conforme revelam os trabalhos analisados:

o fortalecimento e defesa do SUS contém na Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS) um campo de resistência aos ataques neoliberais e neoconservadores contra a classe trabalhadora, ordenados pela expansão e intensificação da exploração da força de trabalho pelo capital (Martins, 2022, p. 5, dissertação 7).

o processo de resistência por parte dos aparelhos contra-hegemônicos, na saúde, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, a qual cumpre uma função de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e se contrapõe as orientações desastrosas do seu desmonte, postas pelos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital, BM/OMS (Santos, 2020, p. 5, dissertação 8).

É percebido nos trabalhos um destaque para a FNCPS, fóruns populares de saúde, conselhos de saúde, conselhos profissionais dentre outros, portanto, trata-se de processos em curso que representam resistência contra os ataques ao SUS.

A FNCPS, tema central da dissertação de Martins (2022), apresenta grande relevância no âmbito dos movimentos sociais na saúde pública. Vê-se que seu protagonismo se dá de forma articulada, participando em manifestações, audiências, conselhos e conferências, sendo

considerada um espaço democrático e plural que representa diversas entidades e área de conhecimento. A dissertação de Silva (2015) complementa a respeito da atuação destes movimentos também na área jurídica, através de ações públicas, articulações e manifestações.

Os fóruns populares de saúde são citados na Dissertação de Silva (2015), entretanto não ficam claras suas atribuições, para o autor, encontram-se alinhados à FNCPS na luta contra a mercantilização da saúde.

Já os conselhos (municipais e estaduais) são referenciados na Dissertação 4 e o autor chama a atenção para a atuação conjunta destes, pois assim pode-se garantir o fortalecimento do controle social tendo em vista que funcionam como uma estratégia para fiscalizar serviços ofertados por instituições filantrópicas, tendo em vista que as mesmas se mostram resistentes ao controle social.

Miranda, Silva e Souza (2013, p. 135), em estudo realizado nos conselhos de saúde, evidenciam a “necessidade de incentivar a abertura de outros espaços de gestão social no cotidiano dos serviços de saúde, bem como fortalecer e qualificar os conselhos para romper com a política de cooptação presente na prática dos conselhos”.

Uma das explicações para esta prática de cooptação pode estar atrelada à grande evasão da participação popular nas instâncias representativas, pois há um histórico de baixa participação política da sociedade, tendo em vista que o Estado sempre foi responsável por intervir na sociedade e assim o fez, de forma autoritária, durante muito tempo. Além disto, é “comum” o desconhecimento e desinteresse de determinados grupos sociais em relação aos direitos assegurados na Constituição de 1988.

Neste mesmo âmbito do controle social a Dissertação de Silva (2022) evidencia a importância da gestão participativa e cogestão com ênfase na PNH o que contribui também para a melhoria dos serviços e relações na saúde.

Diante das modificações postas à sociedade brasileira, é evidente que a participação social na política pública de saúde enfrenta constantes desafios e exige um esforço conjunto da sociedade para enfrentar as constantes afrontas à democracia. Rolim, Cruz e Sampaio (2013) entendem que a participação e o controle social não pertencem a grupos sociais e sim à classe trabalhadora, por isto, trata-se de um espaço de luta constante que sempre será marcado por consensos e dissensos.

Por último, no âmbito dos conselhos profissionais, a dissertação de Barroco (2021) destaca o protagonismo da categoria de assistentes sociais tendo em vista a relevância deste profissional para a mobilização da classe trabalhadora em prol da saúde pública. Isto é considerado ato de coragem frente aos ataques no trabalho profissional.

O que se pode apreender diante dos trabalhos analisados é que é emergente o fortalecimento da crítica coletiva, pois, também será possível aprimorar a articulação da classe trabalhadora e assim fortalecer movimentos e coletivos que lutem pela saúde pública. Desta maneira será possível traçar estratégias para diminuir a prevalência de aparelhos hegemônicos que contribuem para o subfinanciamento do SUS.

Além disto, com registros da Tese de Cislighi (2015), cabe reafirmar: lutar pela saúde pública significa acreditar na luta de classes que acontece no seio das relações capitalistas e entender que ela é determinante na configuração das políticas do Estado. Ainda que o Estado tenha papel central na reprodução ampliada do capital, o mesmo pode (e deve) ser utilizado para a construção de experiências mais coletivas a partir do envolvimento de diversos sujeitos políticos.

Só a partir destes entendimentos será possível melhorar o diálogo com governantes e fazer ser ouvida a classe trabalhadora que luta pela garantia dos direitos assegurados na Constituição Federal e por políticas de proteção social que representem a coletividade, e não os interesses privados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de amadurecimento da Saúde Pública foi árduo e na conjuntura brasileira está circunscrito juntamente da luta da classe trabalhadora em busca por melhores condições de vida. Neste contexto houve a superação de seu caráter filantrópico a partir da criação tímida de sistemas, no início do século XX, que passam a considerar determinados grupos de trabalhadores como detentores deste direito.

Somente nas décadas de 1980 e 1990, devido à pressão popular é que há um fortalecimento da participação democrática afim de superar árdios anos de submissão ao Estado ditatorial, responsável por acentuar a precarização de vida da população durante os anos de ditadura civil, instaurada no governo de Getúlio Vargas e, posteriormente, militar, que perdurou por dez anos.

Neste contexto, a Constituição Federal coloca-se como marco legal de reconhecimento dos direitos sociais da população brasileira, principalmente pela reestruturação das políticas de previdência, saúde e assistência social que integram o sistema de seguridade social brasileiro. Entretanto, o projeto político neoliberal implantado em 1990 não permitiu o pleno desenvolvimento destas conquistas.

Há de se reconhecer que, apesar de se mostrar contraditório em alguns pontos, a construção do SUS representa para a sociedade grande marco nas políticas sociais, sendo considerada por alguns intelectuais, uma das políticas mais bem desenvolvidas na atualidade. Todavia, as readequações orçamentárias justificadas pela crise capitalista têm custado caro à população usuária do sistema e também à classe trabalhadora.

O desmonte do SUS (e demais políticas de proteção social) tem sido orquestrado de forma escancarada. O Estado brasileiro, visando a busca por eficiência e eficácia na condução da administração pública, tem atuado em prol dos interesses privados diminuindo sua ação como provedor, tornando-se regulador dos serviços que um dia foram de sua responsabilidade, para isto, conta com auxílio da iniciativa privada e incentivos de grandes organizações internacionais.

Como consequência deste processo há um declínio na qualidade e oferta dos serviços e uma sobrecarga aos trabalhadores da saúde, motivo este que permite desvendar um pouco das condições impostas a estes trabalhadores. Com ênfase no trabalho de assistentes sociais, buscou-se investigar as condições de trabalho em meio à relação público-privada estabelecida na saúde.

No processo de elaboração da dissertação foi possível perceber que o assistente social esteve historicamente envolvido em projetos profissionais que paulatinamente mudaram o olhar profissional para a questão social. Não obstante, a profissão na luta pelo seu projeto ético-político também contribuiu para fortalecer movimentos sociais que acreditavam no reconhecimento da saúde enquanto direito social.

Vê-se na saúde que este profissional atende à população usuária a partir de eixos estruturantes, como o atendimento aos usuários; participação e controle social; planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação (CFESS, 2010). Seguintes estes que se complementam e que também devem contribuir para o fortalecimento da política de saúde.

Entretanto, as modificações ocorridas no mundo do trabalho trouxeram desdobramentos para os/as assistentes sociais que atuam na saúde, inclusive aqueles que estão inseridos em um contexto de relação público-privada. Raichelis (2018) nos mostra que isto ocorre devido à venda e transformação da força de trabalho em mercadoria, com isso, o profissional passa a deter relativa autonomia de seu trabalho, incidindo nos processos de rotinização, intensificação e precarização do trabalho, afetando a materialização do projeto ético-político.

Em resumo, esta pesquisa demonstrou que há um avanço da relação público-privada na saúde que tem se dado através de contratos de gestão e/ou concessão de serviços e unidades de atendimento. Além disto, há graves consequências para o trabalho de assistentes sociais na saúde que compreendem desde seu vínculo empregatício até seu espaço e processo de trabalho.

A partir da análise dos eixos “saúde pública” e “mix público-privado” pode-se afirmar que o SUS é uma conquista importante para a sociedade brasileira, mas enfrenta desafios significativos em sua gestão e financiamento. Neste sentido, a privatização, que deveria ser utilizada de forma complementar para fortalecer o sistema público, tem sido empregada para apropriação de recursos públicos, o que contribui para o subfinanciamento do sistema.

Há a predominância desta prática na região Sudeste, ao passo que as dissertações e teses analisadas lideram a discussão de PPPs se comparada às demais regiões. Há números alarmantes de Unidades Básicas de Saúde que são geridas por Organizações Sociais e por grupos empresariais. Na Região Nordeste também se registra a apropriação de serviços oncológicos por Organizações Sociais além da terceirização de hospitais universitários através da prestação de serviços da EBSEH.

Os trabalhos analisados evidenciam que as PPPs são ofertadas a partir da lógica de melhor eficiência e gerenciamento dos gastos públicos, entretanto, na prática não há

efetividade destes preceitos, tendo em vista que se registrou a ausência de documentos que deveriam ser públicos e garantir a transparência dos recursos que são repassados às OS e OSCs. Neste contexto, é evidente que a oferta de serviços a partir da esfera privada não assegura a qualidade dos serviços prestados e muito menos o suprimento da demanda, caindo por terra os argumentos utilizados pelos apoiadores destas modalidades de gestão.

Nas análises do eixo “trabalho” foi possível explorar o contexto de precarização em que estão inseridos os/as assistentes sociais. As Regiões Norte e Sudeste apresentam um número considerável de contribuições que extrapolam a esfera público-privada. Por este motivo, foi possível apreender as condições de trabalho postas ao assistente social de forma ampla, evidenciando que em determinados locais há uma diversificação de atividades entre profissionais que possuem vínculos distintos. Em síntese, é perceptível que a diversidade de vínculos evidencia a precarização das condições de trabalho do assistente social, mas até mesmo servidores públicos não estão livres desta nova e velha morfologia do trabalho.

No geral, registra-se a sobrecarga destes profissionais que, apesar de terem a garantia da carga de 30 horas semanais prevista em lei e assegurada pela Instituição não contribui diretamente para as melhorias nas condições de trabalho em determinado espaço. Há uma contradição explícita neste processo, pois se registrou um aumento de vagas/postos de trabalho, mas não se pode dizer o mesmo no quesito de contratações profissionais. Como consequência há a sobrecarga e de praxe, o adoecimento destes trabalhadores ocasionando seu afastamento do local de trabalho e sobrecarregando aos demais colegas.

A partir da análise do eixo “Estado” e demais eixos “Hegemonia” e “Políticas Públicas” foi possível apreender como tem se dado a relação entre Estado e Sociedade Civil, além da relação com as políticas públicas como conhecemos hoje. Restou evidente que o Estado capitalista tem atuado como arena de disputa de interesses, ao passo que na conjuntura brasileira há uma prevalência de interesses burgueses.

Os documentos analisados evidenciam as contrarreformas do Estado brasileiro como cruciais para a derrocada dos direitos sociais em prol do fortalecimento de grupos hegemônicos que defendem a supremacia dos direitos econômicos sob os sociais.

Com isto, o Estado brasileiro tem sido guiado por aparelhos internacionais hegemônicos na condução de políticas públicas, o que contribui para os desmontes arquitetados para a saúde pública. Isto fica evidente não apenas nos trabalhos analisados, mas no aparato legislativo do Estado brasileiro, que no decorrer dos anos tem sido permissivo e articulado aos mais variados mecanismos de privatização.

Uma das formas de luta percebida nos documentos analisados contra as atuais conformações se dá através do fortalecimento de aparelhos contra-hegemônicos. Dentre os atores foi percebido análises voltadas para a FNCPS, fóruns de saúde, conselhos municipais e estaduais e conselhos profissionais. Estes aparelhos contra-hegemônicos carregam a possibilidade de fortalecer a democracia, a participação social e a solidariedade entre a classe trabalhadora. Só a partir disto é que será possível lutar para o reavivamento dos ideais da reforma sanitária e assim, construir coletivamente meios de fortalecer a política de saúde.

Embora esta dissertação tenha abordado sobre as implicações das parcerias público-privadas para a saúde pública e para o trabalho de assistentes sociais convém registrar que há implicações da privatização em variadas políticas, alguns até foram brevemente citadas: Política Nacional de Humanização; Política de Saúde Mental; Política de Saúde do Trabalhador. Entretanto, não foi possível aprofundá-las com afinco devido extrapolar os objetivos desta pesquisa.

Apesar disto, importa mencioná-las pois estas políticas específicas contam com o trabalho de assistentes sociais e também têm sofrido com o processo de privatização, mas desempenham papéis fundamentais para orientar ações, programas e iniciativas dentro do sistema e ilustram a abrangência e relevância do SUS para a população brasileira.

Por fim, em critérios percentuais, restou evidente que há destaque para as categorias Trabalho (28%) e Saúde Pública (24%), sendo estas as temáticas que lideram esta pesquisa, seguidas pelas categorias Mix público-privado (16%), Estado (18%), Hegemonia (10%) e Políticas Públicas (4%). Ademais, a liderança de produções desta temática dá-se na região Sudeste e uma possível explicação para isto é que se trata da região que possui mais Programas de pós-graduação.

Em contrapartida, há que se destacar a fidedignidade do sistema de buscas da plataforma Capes, pois apesar da pesquisa contemplar o decênio 2013-2023, os resultados apresentam lacunas nos anos de 2013, 2014, 2016 e 2018, anos estes que contam com acontecimentos (políticos, econômicos e sociais) significativos que contribuíram para a expansão das relações público-privadas.

Portanto, estas questões ficam aqui lembradas como indicação para pesquisas futuras que possam ser desenvolvidas, tendo em vista que os resultados revelam uma carência de produções na área do serviço social para a temática de parcerias público-privadas.

No mais, espera-se contribuir positivamente através desse trabalho com os profissionais que atuem na saúde e estejam sujeitos à lógica público-privada em seu cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. CPMF. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf> acesso em: 02 nov. 2023.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**, p. 9-23. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDERSON, Perry. **Brasil à parte: 1964-2019**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANDREAZZY, Maria de Fátima Siliansky. BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização Da Gestão E Organizações Sociais Na Atenção À Saúde. In: **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qTrtsRNKVsWJbMVrghXN93q/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 set. 2023.

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

ANTUNES, Ricardo. **Capitalismo pandêmico**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2022.

AVELINO, Daniel Pitangueira de. FONSECA, Igor Ferraz da. POMPEU, João Claudio Basso. O Lugar do Povo: análise do Projeto de Participação Social do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. In: CAVALCANTE, P. L. C.; SILVA, M. S. (Orgs.); **Reformas do estado no Brasil: trajetórias, inovações e desafios**. Brasília, DF. CEPAL: Rio de Janeiro: Ipea, 2020.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. In: **OPINIÃO PÚBLICA**, Campinas, vol. 18, nº 2, novembro, 2012.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BARROCO, Clivia Costa. **Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus**. 2021. 155 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2021.

BDF. Brasil de Fato. **Desafio para o próximo governo: Bolsonaro cortou 50% de recursos da área da saúde para 2023**. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/11/10/desafio-para-o-proximo-governo-bolsonaro-cortou-50-de-recursos-da-area-da-saude-para-2023> acesso em: 02 set. 2024.

BDF. Brasil de Fato. Apesar da retomada, recurso para saúde pública ainda não chega a 4% do PIB, aponta especialista. Disponível: <https://www.brasildefato.com.br/2024/01/03/apesar-da-retomada-recurso-para-saude-publica-ainda-nao-chega-a-4-do-pib-aponta-especialista>

BEHRING, Elaine. **Política social no capitalismo tardio**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, Elaine. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social, v 2. São Paulo, Cortez: 2011.

BELLINI, Maria Isabel Barros. RODRIGUES, Débora Cristina Bandeira. MARQUES, Nadiana Rosa. A Pandemia por Covid-19: inflexões devastadoras para a sociedade. In: PINHEIRO, H. A; CUNHA, M. G. N. et al (Org.) **Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia**. Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O plano de atendimento à saúde (pas) eo abuso das formas jurídicas In: R. **Dir. Adm.**, Rio de Janeiro, 208: 111-137. Abr./jun, 1997.

BBC NEWS BRASIL. **Propina por vacinas? Entenda as 2 denúncias em negociação de doses pelo governo Bolsonaro**. Jun/2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57666781> Acesso em: 23 nov. 2022

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Terceiro dia de Seminário debate relações público-privado no SUS**. Brasília. 11 nov. 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/11_nov_semi_3dia.html#:~:text=E%20esta%20C3%A9%20uma%20das,esquerda%20e%20que%20age%20devagar. Acesso em: 20 set. 2023

BRASIL. Ministério da economia. **Brasil lidera o ranking do relatório Infrascopes sobre a evolução de projetos de Parcerias Público-Privadas na América Latina e Caribe**. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/orgaos/seppi/noticias-1/brasil-lidera-o-ranking-do-relatorio-infrascopes-sobre-a-evolucao-de-projetos-de-parcerias-publico-privadas-na-america-latina-e-caribe#:~:text=O%20documento%20destacou%20que%20o,total%20em%20infraestrutura%20no%20pa%20C3%ADs>. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. Acesso em: 15 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, v. 128, n. 249, dez. 1990. Acesso em: 15 abr. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Barjas, Negri. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

BRAVO, Maria, Inês, Souza. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Org. MOTA. A. E.; Et. Al. 2009. São Paulo: Cortez.

BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo. Participação Popular e Controle Social na Saúde. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B.; (Orgs) **Saúde na atualidade**: por um sistema único, gratuito e de qualidade. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurilio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza. VASCONCELOS, Ana Maria de. GAMA, Andréa de Sousa. MONNERAT, Giselle Lavinas. (Org) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1º ed. São Paulo: Cortez, 2013

BRAVO, Maria. Inês. Souza.; PELAEZ, Elaine. Junger.; PINHEIRO, Wladimir. Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. In: **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.-abr./2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218> Acesso em: 27 ago. 2023.

CAPES.Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.**Relatório de Avaliação**: Serviço Social. Quadrienal 2017-2020. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/avaliacao-quadrienal/resultado-da-avaliacao-quadrienal-2017-2020> Acesso em: 12 jan. 2024.

CAVALCANTE, Pedro. NOGUEIRA, Ronaldo Alves. Crise Fiscal e Reforma do Estado: uma análise longitudinal das contas públicas federais. In: CAVALCANTE, P. L. C.; SILVA, M. S. (Orgs.); **Reformas do estado no Brasil**: trajetórias, inovações e desafios. Brasília, DF. CEPAL: Rio de Janeiro: Ipea, 2020.

CORREIA, Daniele. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais no município de São Paulo**: o distanciamento da concepção original da Reforma Sanitária Brasileira. 108 f. (Dissertação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Porque ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal,universal, gratuito e de qualidade. BRAVO, M. I. S. MENEZES, J. S. B. (orgs). 1ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: Teixeira, Sonia Fleury (org). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em 13 de agosto de 2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília (DF), 2005.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil**: Formação, Condições de Trabalho e Exercício Profissional. Brasília (DF), 2022.

DARDOT, Pierre. LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade liberal. Editora Boitempo: 2016.

DRUCK, Graça. TRABALHO, PRECARIZAÇÃO E RESISTÊNCIAS: novos e velhos desafios? In: **CADERNO CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/qvTGPNcmnSfHYJjH4RXLN3r/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 mar. 2024.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol 14(3), p. 743-752, 2009.

FNCPS. Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). In: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. BRAVO, M. I. S. MENEZES, J. S. B. (orgs). 1ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Jefferson Ferraz. **O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, NO RIO DE JANEIRO, NOS ANOS DE 2020 E 2021**: Entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19. 122 f. (Dissertação). Universidade Federal Fluminense, Niterói: RJ, 2023.

HOFF, Luíza Rutkoski. **A dimensão público e privada do sistema protetivo brasileiro**: repercussões da contrarreforma do estado na política da saúde. 95 f. (Tese de Doutorado). Porto Alegre: Puc-RS 2020;

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: Ensaio Crítico. São Paulo, Cortez; 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. Ed^o - São Paulo, Cortez, 2000

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Carta de Conjuntura**: 4^o trimestre de 2023. Nota 25. N 61, 18 dez. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wp->

[content/uploads/2023/12/231218_cc_61_nota_25_mercado_de_trabalho.pdf](#) Acesso em: 16 abr. 2024.

IBGE. Pnad contínua. **Mercado de trabalho.** Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/> Acesso em: 16 abr. 2024.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro. **O setor público não estatal:** as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 242 f. Tese (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), 2002

KELLER, Suéllen Bezerra Alves. **A ascensão do conservadorismo e o esgotamento do Projeto Neodesenvolvimentista:** Implicações profissionais ao Serviço Social. 253 f. Tese (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) PUCRS, 2019.

LIMA, Roberta Gomes Menezes de. **Análise da gestão do trabalho em unidades de pronto atendimento terceirizadas do Sistema Único de Saúde.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 203f. Recife, 2019.

LUPATINI, Márcio. Crise do capital e dívida pública. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; BOSCHETTI, I.; GRANEMANN, S. (orgs.) **Financeirização, fundo público e política social.** São Paulo: Cortez, 2012.

MATHIS, Adriana de Azevedo. RODRIGUES, Jefferson Franco. BRAGA, Cilene Sebastiana da Conceição. O trabalho do assistente social nas organizações sociais de saúde (OSS) em tempos de covid-19 – Belém – PA. In: PINHEIRO, H. A; CUNHA, M. G. N. et al (Org.) **Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia.** Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, 2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** identidade e alienação. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MARTINS, Valter. Crise e Reestruturação do Capital: a busca pela recomposição das taxas de acumulação. In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 87 - 101, jan./jun. 2014.

MATOS, Maurilio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde:** reflexões para o exercício profissional. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto comunista.** 5ª ed. Boitempo: 2005.

MELO, Lucilene Ferreira de. MELO, Ruth Pereira de. O trabalho do assistente social, a privatização do SUS e o desafio da liberdade como valor ético: uma aproximação. In: PINHEIRO, H. A; CUNHA, M. G. N. et al (Org.) **Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia.** Alexa Cultural: São Paulo / Edua: Manaus, 2020.

MÉLLO, Livia Milena Barbosa de Deus. ALBUQUERQUE, Paullete Cavalcanti de. SANTOS, Romário Correia dos. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid 19. In: **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 842-856, Jul-set 2022.

MENEZES, Clarissa Alves Fernandes de. **Tendências da Política de Saúde e os desafios do SUS frente à agenda do capital no governo Temer**. Tese (Doutorado em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social) 158 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no governo Lula. In: **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, S. R. M.; SILVA R. S. B.; SOUZA, K. C. N. Gestão social no contexto das políticas públicas de saúde: uma reflexão crítica da prática no sistema único de saúde. In: **Desenvolvimento Regional em debate**. Ano 3, n. 2, p. 135-153, jul./dez. 2013.

MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde: uma análise multiparadigmática. In: **II Encontro Nacional de Estudos Organizacionais**. Rio de Janeiro 37(1):75-97, Jan./Fev. 2003

MIOTO, Regina Célia Tamasso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos**. In: **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2010. 288 p.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PACHECO, H. F., GURGEL, J. G. D., SANTOS, F. A. S., FERREIRA, S., C., LEAL, E., M., M. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. In: **Interface** (Botucatu), n. 20, p. 585-95. 2016. Acesso em: 05, mar. 2024.

PEREIRA, Maria Eunice Ferreira Damasceno. A Eficiência Na Reforma Do Estado E Suas Repercussões Na Avaliação De Políticas Sociais. In: **II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís – MA, 23 a 26 ago. 2005. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos/EixoTematicoA/55Maria_Eunice_F_D_P.pdf Acesso em: 20 ago. 2023.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, M. I.S; PEREIRA, P. A. P. (orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2001.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades humanas: crítica à crítica dos mínimos sociais**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PELAEZ, Elaine Junger. LADEIRA, Silvia Cristina Guimarães. Parcerias público-privadas: quem está ganhando a disputa pelo fundo público? In: **II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís – MA, 23 a 26 ago. 2005. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Elaine_Junger_Silvia_Cristina272.pdf Acesso em: 09 out. 2023.

PINHEIRO, Hamida Assunção. BARROCO, Clivia Costa. SILVA, Bárbara Cristina Lira da. A Política De Saúde No Brasil E Suas Demandas Atuais Para a Formação e para o Trabalho do/a Assistente Social. In: **Procad Amazônia 4: Formação e Trabalho do Assistente Social em Debate**, NOGUEIRA, M. G. C., et al (orgs.). Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2023.

PINHEIRO, Hamida; VALLINA, Kátia De Araújo Lima; SILVA, Bárbara Cristina Lira da. Trabalho profissional no Norte do Brasil em tempos de regressão de direitos. In: **Temporalis**, [S. l.], v. 23, n. 45, p. 100–116, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/40469>. Acesso em: 25 mar. 2024.

PINHEIRO, Hamida Assunção. BARROCO, Clivia Costa. SANTOS, Gloria Vaz. Crise Sanitária e trabalho do/da Assistente Social na Saúde: O Amazonas Em Foco. In: *Revista Humanidades e Inovação* v.8, n.39, 2021.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011

RAICHELIS, Raquel. **A nova morfologia do trabalho**. RAICHELIS, Raquel. VICENTE, Damares. ALBUQUERQUE, Valéria (orgs.). São Paulo: Cortez, 2018.

RAICHELIS, Raquel. ARREGUI, Carola C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. In: **Serv. Soc. Soc.** Jan-Abr. 2021

REIS, Camila Ramos. PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). In: **DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE**. Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul 2018.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013

SANTOS, Girlan Guedes dos. **A saúde sob a mira dos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital imperialista**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), 136 f. Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2020.

SANTOS, Isabela Soares. SANTOS, Maria Angelica; BORGES, Borges; LEITE, Daniele da Costa. Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Vol. 4. Fundação Oswaldo Cruz [et al.]. Rio de Janeiro: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. In: *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JjjhnQzh9FGx9q3t7WsT35g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09, out. 2023.

SALVADOR, Evilásio. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. In: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, jul.-dez. 2020

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099-04.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2023

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, A. X.; ET AL. Aparelhos Privados de Hegemonia e a Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)**, XVI. Anais [...] Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019.

SOARES, Lais Godinho Busquet. **Gestão da Saúde no Brasil no pós-impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS**. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) 271 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, no. 140, p. 118-133, abril, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n140/0101-6628-sssoc-140-0118.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2022.

SOUSA, J. R. de; SANTOS, S. C. M. dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>. Acesso em: 1 fev. 2024.

SOUZA, Diego de Oliveira. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Acesso em: 15, abr. 2024.

SOUZA, Diego de Oliveira. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 5, P. 71-81, Dez 2019.

SPOSATI, Aldaíza. Pesquisa e produção do conhecimento no campo do Serviço Social. In: *Rev. Katál*. Florianópolis v. 10 n. p. 15-25 2007. Acesso em: 09 jan. 2024.

SANTANA, Joana Valente. STAMPA, Inez. FERREIRA, Benedito de Jesus Pinheiro. Pós-graduação no Brasil e temas de pesquisa na área de serviço social: resistências em tempos de crise social e política. In: LEWGOY, A. M. B., MACIEL, A. L. S. (orgs). **Pós-graduação e produção de conhecimento em serviço social: conjuntura, tendências e desafios**. Uberlândia, Minas Gerais. 1º ed. Navegando Publicações, 2021.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília (DF), 2009.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Participação de organizações sociais em atendimentos do SUS apresenta riscos**. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/participacao-de-organizacoes-sociais-em-atendimentos-do-sus-apresenta-riscos.htm> Acesso em: 05 mar. 2023.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. EPub [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2022.

VIRGENS, João Henrique Araújo. TEIXEIRA Carmen Fontes. Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 46, N. 133, P. 534-550, abr-jun 2022.

XIMENES, Assuero Fonseca. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Tese (Doutorado em Serviço Social) 195 f. Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

APÊNDICES

ROTEIRO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

EIXO 1 – SAÚDE PÚBLICA

Processo de democratização da Saúde

Desafios para o SUS

Crise sanitária

EIXO 2 – MIX PÚBLICO-PRIVADO

Criação de entidades, organizações e parcerias;

Privatização/terceirização;

Repasse de recursos públicos;

EIXO 3 – ESTADO

Neoliberalismo;

Crise do Capital;

Contrarreforma do Estado;

Fundo público;

EIXO 4 – TRABALHO

Condições de trabalho;

Consequências das PPPs para os trabalhadores;

Desafios e possibilidades;

Covid-19 e trabalho;

EIXO 5 – POLÍTICAS PÚBLICAS

Macro/micro políticas;

Saúde mental;

Saúde do trabalhador;

Política de Humanização;

EIXO 6 – HEGEMONIA

Perspectiva Gramsciana;

Estado e Sociedade Civil;

Controle e Participação Social;

Luta de classes;