



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção.

O IMPACTO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Thaise Torsani Lemos Machado¹
Kader Carvalho Assad²

Resumo: O presente artigo tem por finalidade contribuir para a reflexão e o debate sobre o processo de privatização da saúde e os impactos da Contrarreforma do Estado na gestão da política de saúde. Em tempos de desestruturação do trabalho e flexibilização da gestão, essa discussão é de extrema importância, por entendermos que esse processo fere os princípios constitucionais que norteiam o SUS.

Palavras-Chaves: Política de saúde. Contrarreforma. Precarização do trabalho.

Abstract: The purpose of this article is to contribute to the reflection and debate about the process of privatization of health and the impacts of the State Counter Reformation on health policy management. In times of labor disruption and management flexibility, this discussion is extremely important, because we understand that this process violates the constitutional principles that guide SUS.

Keywords: Health policy. Counter-Reformation. Precariousness of work.

INTRODUÇÃO

Em seu processo de materialização, o SUS passou por avanços e retrocessos, diferindo gradualmente do modelo proposto pela reforma sanitária. Para a compreensão desse processo, é necessário discutir as contradições que permearam a implementação desse sistema.

Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo colaborar com o debate e aprofundamento teórico sobre o processo de privatização da saúde e os impactos da contrarreforma do Estado na gestão da política de saúde.

A história da saúde pública no Brasil sempre foi e ainda é marcada por intensas lutas, pois as grandes conquistas para uma saúde pública de fato e de direito para todos os brasileiros ainda é uma realidade a ser construída.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que foi uma conquista dos movimentos sociais e que teceram a reforma sanitária com reivindicações e pressões organizadas na década de 1980,

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Mato Grosso, E-mail: thaise.machado@hotmail.com.

² Professor com formação em outras áreas, Instituto Federal de Mato Grosso do Sul, E-mail: thaise.machado@hotmail.com.

bem como provocaram e asseguraram a saúde como direito de cidadania e dever do Estado com a incorporação na Constituição Federal (CF) de 1988, em um período de redemocratização do país.

Todavia, desde os anos 1990, o SUS vem se organizando e estruturando em meio às contradições e conflitos do Estado brasileiro, com uma política social de conteúdo neoliberal, num contexto de contrarreforma.

Vale destacar que o discurso sobre a reforma do Estado brasileiro encontrava-se ancorado em dois pilares: de um lado propõe a redução das funções estatais - transferindo-as para a sociedade civil - e do outro, a contenção do caráter burocrático de administração (identificado como ineficiente), substituindo-o pelo modelo gerencial, o qual parte do princípio de que nem tudo que é público é estatal.

Diante dessa realidade, a temática deste artigo torna-se de grande relevância, por entendermos que o direito à saúde pública é um dos direitos sociais fundamentais, conquistado como resultado de intensa organização e mobilização social.

A partir do momento inicial das expressões da questão social, ou seja, processo de formação da classe trabalhadora e sua inserção no cenário político reivindicando melhores condições de trabalho ao Estado e classe burguesa (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008), alguns setores da sociedade tomam visibilidade para o Estado e se organizam para amenizar as mazelas advindas da exploração do capitalismo, em favor da ordem social.

Em meio à criação de algumas leis, que reconhecessem proteção social aos trabalhadores, tivemos também muitos retrocessos. E foi a partir das lutas dos trabalhadores que o Estado passou a olhar para a questão social e, principalmente, assumi-la, respondendo através de repressão ou elaborando políticas sociais.

Nesse sentido, anterior ao SUS a saúde era incumbência da previdência social, que atendia aos contribuintes, baseado no assistencialismo. Os outros ficavam sujeitos ao atendimento pelas instituições filantrópicas. Muitas medidas foram tomadas, algumas privilegiando o setor privado com vistas ao lucro, outras que deveriam promover a saúde, eram insuficientes para solucionar os problemas, trazendo maiores agravantes para a população. Somente após a Constituição Federal de 1988 que a saúde é vista como direito fundamental e universal, e o Estado como o promotor e articulador dessa política.

A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Em um contexto geral, a política de saúde é marcada por vários momentos significativos no decorrer da sua história. Podemos dizer que o termo saúde é mais abrangente do que simplesmente a cura de doenças.

A emergência da saúde como direito, que conhecemos hoje com o SUS integrante da seguridade social, é considerada como resultado do movimento, intitulado “projeto de reforma sanitária”, que ocorreu ao longo das décadas de 1970/80 e ganhou concretude com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal, que teve como temática central: I) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do sistema nacional de saúde; e III) Financiamento setorial, que deu origem ao texto constitucional da saúde em 1988, que mais tarde foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8080/90, que reafirmaram a necessidade de avançar sobre as ações e serviços de saúde (BRAVO, 2006, p. 9).

O movimento sanitário, segundo Silva (1998, p. 48-49) refere-se aos “novos personagens que entraram na cena político brasileira”, formado por intelectuais e profissionais da área da saúde atuando em dois sentidos: na produção do conhecimento pensando outras vias para se compreender o processo saúde e doença, com um avanço ainda maior, tratando de um novo paradigma de explicação desse processo, em substituição à explicação da causalidade biológica, posta pela OMS em 1948.

E no campo político, com forte resistência contra o fechamento de canais de expressão política na ditadura militar. Mas pretendia, ainda, a "substituição do modelo médico-assistencial privatista por um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade" (CORREIA, 2006, p. 111 - 112).

As conquistas sociais dos brasileiros, dentre elas o SUS que expressa a política do chamado “Welfare State” ou Estado de Bem-Estar Social, ocorreram tardiamente, já num contexto histórico de derrocada dessa direção do Estado para o Estado neoliberal² em curso.

Na saúde esse processo se configura na disputa de dois projetos,

um contra hegemônico à reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e outro, de nítida hegemonia, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, consolidado a partir da segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2006, p.14).

Esses dois projetos antagônicos tem grandes repercussões no que diz respeito às políticas sociais, sendo que o projeto de reforma sanitária tem como uma de suas estratégias o SUS e como diretriz a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços pautado na integralidade e equidade, assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Já o projeto privatista pautado na redução do Estado ou Estado mínimo, tem como estratégia as parcerias com a sociedade, responsabilizando-a a assumir os custos da crise, com concepções individualistas e fragmentadas, e ainda, com tendências a contenção de

gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (BRAVO, 2009, p. 3).

Assim, entendemos que a política de saúde em nosso país termina a década de 1980 vivendo os impasses à implantação do SUS, apesar dessa institucionalidade do ponto de vista jurídico-legal, através do Art. 196 da CF e da Lei Orgânica da Saúde - 8.080/1990, resta o complexo desafio de romper com a hegemonia da medicina privatizante e garantir a implantação do novo sistema em todo o território brasileiro (SILVA, 1998, p.55).

A criação do SUS trouxe mudanças significativas e representou a inovação da organização da atenção à saúde e a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais, transferindo a política de saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde, reforçando também a competência dos municípios na prestação de serviços de saúde.

Mas, durante os anos de 1990, apesar dos avanços, o fortalecimento da política econômica neoliberal manteve e acirrou as desigualdades no acesso aos bens e serviços públicos, sob a égide da crise econômica e sociocultural, agudizada nos anos 80, com as mudanças econômicas e políticas de ordem mundial na década seguinte, vindo contrapor-se frontalmente aos direitos conquistados na CF de 1988.

Essa constituição, em seu capítulo VIII, da ordem social e, na seção II, referente à saúde, define no artigo 196 que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Assim, as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS são de responsabilidade das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) seguindo princípios doutrinários; universalidade, equidade, integralidade e organizativos; descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social.

Esse novo sistema propõe promover a saúde, priorizando as ações preventivas democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à saúde de todos os cidadãos, sendo financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagas pela população que compõem os recursos nas três esferas de governo.

Os responsáveis pela gestão e funcionamento do SUS são os órgãos gestores dessas três instâncias. Compete à esfera Federal a responsabilidade através do Ministério da Saúde, na Estadual, as Secretarias Estaduais de Saúde e na Municipal, as Secretarias Municipais de Saúde ou órgão equivalente.

Quanto à organização dessas ações, requer uma rede de serviços com atendimento de acordo com os níveis de complexidade e das necessidades de saúde em cada território. O cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são elas: a primária ou básica, a secundária ou média, e a terciária ou alta complexidade.

O primeiro nível diz respeito à atenção básica caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. Abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A atenção de média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio, diagnóstico e tratamento.

Já o atendimento de alta complexidade, entende-se como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços mais complexos, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Atualmente, além do avanço da universalização do acesso à atenção básica, outras questões têm comprometido um maior avanço desse processo, conforme aponta Bravo (2006, p. 14), referindo-se ao princípio da equidade, a qual se tem como ponto a desigualdade social, bem como o afastamento do princípio da integralidade, ou seja, a indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde.

Outro aspecto que pode ser considerado também se refere à remuneração por produção, denunciada há vinte anos como “fator incontrolável de corrupção”. Constata-se que além de gastar mal também se gasta pouco em saúde, comparado com os parâmetros internacionais.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em matéria publicada (2014), diz que a Saúde representa só 8% do total de investimentos públicos no Brasil. Afirma o referido Conselho que dos R\$ 47,3 bilhões gastos com investimentos pelo Governo Federal em 2013, o Ministério da Saúde foi responsável por apenas 8,2%, ficando em quinto lugar na lista de prioridades no chamado “gasto nobre”, pois as obras em rodovias, estádios, mobilidade urbana e até armamento militar como blindados, aviões de caça e submarinos nucleares ficaram à frente da construção, ampliação e reforma de unidades de saúde e da compra de equipamentos médico-hospitalares para atender o SUS.

Para o presidente do CFM, Roberto d’Ávila, como se “Não bastasse o setor ter sido preterido em relação a outros, quase R\$ 5,5 bilhões deixaram de ser investidos no ano passado”.

Na continuidade da exposição e tendo como base em dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), revela o CFM a falta de qualidade da gestão financeira em saúde à medida que do total de R\$ 9,4 bilhões disponíveis para investimentos em unidades de saúde em 2013, o governo desembolsou somente R\$ 3,9 bilhões, em valores foram bem inferiores aos investimentos dos Transportes (R\$ 11 bilhões), Defesa (R\$ 8,8 bilhões), Educação (R\$ 7,6 bilhões) e Integração Nacional (R\$ 4,4 bilhões).

Conclui a matéria afirmando que em 13 anos, R\$ 47 bilhões deixaram de ser investidos e reforça ao destacar que de cada R\$ 10 previstos para a melhoria da infraestrutura em saúde, R\$ 6 deixaram de ser aplicados.

O SUS, mesmo diante das limitações, contradições e adversidades, para sua consolidação inovou ao adotar mecanismos de gestão participativa garantida através da Lei 8.142/90 que prevê a criação de conselhos e a realização de conferências como mecanismos de controle e participação social na área da saúde.

Com isso, podemos dizer que, embora muito se tenha andado na legislação brasileira, muito ainda se tem a caminhar para sua concretização no cotidiano da vida da população.

A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA

O processo de privatização da saúde realizada através dos contratos de serviços da rede privada, ou com a entrega direta dos serviços para serem geridos por entidades como as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais ou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), configura-se como uma modalidade de desvio de recursos públicos da saúde para o setor privado, bem como fazem parte do processo de contrarreforma do Estado (SANTOS, 2013, p. 8).

Essa parceria das organizações sociais com os governos em diferentes instâncias se dá através de contrato de gestão entre eles, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, discriminando as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público.

Com a entrada de Fernando Collor de Melo e seus ideais de reformas voltadas ao mercado e, posteriormente, a de Fernando Henrique Cardoso, fizeram com que as condições políticas e econômicas se fortalecessem ainda mais, para o início de um processo de contrarreforma do Estado, estruturada em um projeto para acelerar o processo de privatização, com a intensa colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

A chamada reforma do Estado ou, para nós, contrarreforma, é de certa forma um movimento básico para corrigir as supostas “distorções” ou “desvios” do Estado, que segundo Noronha e Soares (2001), ocorrem por meio da transferência de serviços considerados públicos para o setor privado, tendo em vista as atividades que podem ser “controladas pelo mercado”.

Isso é feito por meio da privatização das estatais, descentralizando a execução de serviços como educação, saúde, cultura e pesquisa científica a um setor “público não-estatal” (NORONHA e SOARES, 2001, p. 3).

Para Santos (2006), a contrarreforma tem como objetivo barrar os avanços sociais conquistados na Constituição Federal de 1988, com ideários neoliberais para barrar a implantação de políticas sociais necessárias para a manutenção dos direitos sociais.

Portanto, essa reforma deixa claro que seu caráter não é meramente administrativo-institucional, apenas no bloco político e burocrático, mas está articulado à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital.

Noronha e Soares (2001), no artigo intitulado: “A política de saúde no Brasil nos anos 90”, realizam uma reflexão sobre os rumos da reforma do setor saúde na década de 1990 e fazem a crítica ao modelo neoliberal que inclui, no seu interior, um pensamento privatista e focalizador sobre o setor saúde, quando comparado ao modelo e aos princípios do SUS.

Defendem, ainda, a idéia de que na década de 1990 houve não apenas uma interrupção, mas um retrocesso no processo de construção de um projeto de proteção social para o Brasil que foi inscrito na Constituição Federal de 1988.

Nesse mesmo sentido, Behring nos diz que,

o processo de contrarreforma do Estado trata-se da desestruturação do Estado e da perda de direitos, que enfatiza a criação dos denominados novos modelos de gestão, com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, que resultou em privatizações no momento em que as empresas estatais foram transferidas para a iniciativa privada (BEHRING, 2008).

Esse processo também se deu através da chamada “publicização”, quando o repasse de serviços antes de responsabilidade do Estado, foi passado para entidades de direito privado, mediante a transferência de recursos e gestão pública, com o objetivo de instituir as organizações sociais por meio da Lei 9.637.

Nesse sentido, as organizações sociais vão ser, nessa época, concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e de implementação de políticas públicas, que não podem obter lucros com a prestação de seus serviços, como também não podem ser proprietárias de bens do Estado.

As raízes da privatização da saúde estão, historicamente, determinadas pelo interesse do capital na área da saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro (CORREIA & SANTOS, 2015, p. 33).

A transferência da gestão dos serviços de saúde através do repasse dos recursos, das instalações públicas e de pessoal, se configura como forma de privatização do que é público e contraria diretamente a Constituição Federal de 1988, que admite a participação social do setor privado na prestação de serviços de forma complementar e não substitutiva aos serviços prestados pelo Estado (CORREIA & SANTOS, 2015, p. 35).

Logo, segundo Correia,

a implementação desses novos modelos de gestão ferem os princípios constitucionais que norteiam o SUS, por se basearem em parâmetros que quebram a cobertura universal dos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros e o direito ao atendimento integral, passando a ser focalizados, baseando-se na seletividade em detrimento da universalidade (CORREIA, 2011).

A condução que a política de saúde vem tomando tem levado a um processo de desestruturação dessa política pública, com a quebra de seu caráter universal e com uma crescente tendência à privatização e utilização do fundo público a serviço do setor privado.

Diante disso, a privatização da saúde por meio das organizações sociais de saúde tem como discurso a eficácia e efetividade na parceria para a prestação de serviços, entre o Estado e sociedade, estimulando os agentes privados, a competirem entre si.

Do ponto de vista institucional, para Behring (2008) com as orientações flexibilizadoras e gerenciais da “reforma” do Estado, os impactos sobre o SUS ainda não estão ao certo avaliados, no entanto há um consenso quanto à capacidade de provisão de serviços e, ainda, da capacidade do Estado regular efetivamente este fornecimento de serviços gerida por terceiros.

Nesse sentido, essa flexibilização da gestão pode constituir em retrocessos aos direitos dos cidadãos para o acesso e utilização dos bens públicos. Assim, essa ameaça tem colocado em discussão a estratégia adotada, onde o poder público submete os serviços ao setor privado, ferindo os direitos sociais.

A CONTRARREFORMA DO ESTADO NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A privatização da saúde brasileira refere-se à transferência de responsabilidades do setor público para o setor privado, desde a terceirização da força de trabalho em saúde à administração de unidades públicas pela iniciativa privada.

Nesse sentido, o que vemos é que, ao invés de se investir na expansão dos serviços públicos, acessível a todos, multiplicam-se as empresas prestadoras de serviços,

seguradoras, planos privados, ao passo em que surgem novos centros de saúde cada vez mais especializados, clínicas, laboratórios, alimentando a indústria da saúde.

Com isso, os impactos da contrarreforma podem ser detectados desde a concepção do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, como já citamos acima, na medida em que o documento aponta tendências privatistas, desresponsabilizando o Estado das políticas sociais.

Assim, transferir a gestão social para entidades privadas de caráter público não estatal com uma visão atrelada ao modelo gerencial flexível com autonomia administrativa e financeira, própria da lógica existente na iniciativa privada tendo como argumento a “desburocratização do Estado” é promover a privatização dos serviços públicos (SANTOS, 2015, p. 6)

Nesse sentido, são imensas as dimensões do processo de precarização do trabalho no contexto das transformações e redefinições do trabalho na contemporaneidade, que interferem em suas formas de organização, regulação e gestão (RAICHELIS, 2011).

Com a solidificação do projeto neoliberal no país e as transformações no mundo do trabalho e da vida social, uma das dificuldades para os trabalhadores na contemporaneidade são as diversas formas de contratos de trabalho, entre elas, as terceirizações.

Devido à instituição do Programa de publicização, instituído no governo Fernando Henrique Cardoso, percebe-se a ampliação das formas de precarização e destruição dos direitos sociais que foram arduamente conquistados pela classe trabalhadora (SANTOS, 2015, p.7).

Diante dessa conjuntura, abre-se caminho para promover o repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, que são viabilizados pelas organizações sociais, como já falamos anteriormente.

Assim, a proposta dessas organizações contribui para a implementação das terceirizações e ainda possui autonomia administrativa para demitir e contratar os trabalhadores. Tais medidas refletem a precarização do trabalho, numa conjuntura que volta-se para a supressão dos concursos públicos e a redução dos ajustes salariais dos trabalhadores.

É nesse contexto que,

as organizações sociais eliminam concurso público para a contratação de pessoal, abrindo um precedente para o clientelismo, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos. A contratação sem concurso só favorece o fortalecimento de 'currais eleitorais' nos estados e municípios e contraria o ingresso de trabalhadores da saúde de forma transparente, além de não assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários, o que resulta na precarização do trabalho (CORREIA, 2011, p. 46).

Nesse caso, concordamos com Boschetti, quando nos diz que a ampliação do ideário liberal, nos espaços públicos e a não realização de concursos públicos em conformidade com as demandas do trabalho têm levado à terceirização do trabalho, precarização e superexploração da força de trabalho, bem como a inserção dos profissionais em dois ou

três campos de atuação com contratos precários e temporários, o que tem causado adoecimento físico e mental (BOSCHETTI, 2011, p. 562).

Vale destacar que esses contratos de gestão trabalham com prazos, objetivos e metas a serem alcançadas, bem como estabelecerem critérios para controle e avaliação, fixando também um percentual a ser gasto com serviços e pessoal, caracterizando, assim, como uma ameaça aos direitos sociais.

Outro grande impacto nessa nova organização do mundo do trabalho é a questão de o capital substituir o trabalho vivo pelo trabalho morto, o que Antunes (2009), chama de liofilização organizativa da “empresa enxuta”, um processo no qual substâncias vivas são eliminadas – trata-se do trabalho vivo – que é substituído pelo maquinário tecnocientífico, pelo trabalho morto, trazendo ao trabalhador um novo tipo de vinculação com a empresa, sendo agora um colaborador dela.

O trabalhador passa a ser multifuncional diferentemente do modelo fordista, intensificando os ritmos, tempos e processos de trabalhos. Assim, o capital sempre encontra uma estratégia de extrair o máximo do trabalhador, precarizando suas condições e flexibilizando a legislação social do trabalho, resultando num grande desmonte dos direitos sociais e políticos em constante desdobramento (ANTUNES, 2009, p. 57).

Nesse sentido, conforme destacado no presente artigo, a classe trabalhadora vem sendo alvo desse processo de reestruturação do capital, tendo em vista as novas configurações proporcionadas pela flexibilização do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos de flexibilização dos serviços, desestruturação do trabalho e desmonte dos direitos sociais, o artigo teve como intenção fazer um breve resgate histórico sobre a construção histórica da política de saúde no Brasil, bem como o processo de privatização da saúde no contexto da contrarreforma do estado e os impactos da contrarreforma na gestão da política de saúde.

Tendo em vista o desmonte dos direitos sociais assegurados na Constituição de 1988, flexibilizando a gestão, as relações de trabalho, os direitos sociais, trabalhistas e privatizando o que é público.

Nesse sentido, se pensarmos na privatização como elemento central da contrarreforma, apesar dos anos de existência do SUS, as reformas orientadas pelo mercado e a compressão do gasto público social não foram capazes de assegurar os princípios da universalidade, integralidade e da equidade, que norteiam o SUS (BEHRING, 2008).

Logo, de certa forma, os anos 90 representam um retrocesso aos direitos dos trabalhadores, onde o Estado deixa de intervir nas relações de trabalho, garantindo a livre negociação entre trabalhadores e empregadores, tornando os direitos constitucionais não mais obrigatórios. Dessa forma, a situação vislumbrada no final da década de 1990 é de um agravamento das condições sociais, com o aumento do desemprego estrutural.

Com isso, as estratégias utilizadas pelo capital, particularmente aquelas expressas na redefinição do papel do Estado e na configuração das políticas sociais, vêm repercutindo diretamente na política de saúde, via privatização, sucateamento e subfinanciamento, o que tem implicado num verdadeiro processo de desmonte do SUS, afetando, também, diretamente as relações de trabalho neste âmbito, promovendo, assim, um processo de precarização tanto na oferta dos serviços, quanto na inserção dos trabalhadores no mundo do trabalho.

Para Raichelis (2011, p. 435), na conjuntura dos grandes desafios a serem enfrentados no mundo do trabalho, mantém-se a perspectiva de avançar na luta coletiva a partir de uma multiplicidade de espaços que possam forjar sujeitos coletivos capazes de fortalecer os espaços de enfrentamento e resistência.

Ao mesmo tempo, é preciso discutir as estratégias de organização coletiva frente aos processos de precarização do trabalho, no contexto do conjunto dos trabalhadores, da seguridade social e das políticas sociais em geral.

Embora a perspectiva neoliberal se utilize de inúmeros mecanismos para dividir o conjunto dos trabalhadores e suas entidades coletivas, é por meio dessa ação coletiva que são criadas condições concretas para a melhoria das condições de trabalho. Entendendo que esse debate é de extrema importância para se pensar em ferramentas de luta contra a implementação e ampliação de todo e qualquer modelo de gestão que venha representar retrocessos para nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

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

BOSCHETTI, Ivanete. **Condições de trabalho e a luta dos (as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas**. In: Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 107, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988.

BRASIL. **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**. PORTARIA GM Nº 154, 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In.: XIX Seminário Latino-Americano de Escolas de Serviço Social. O trabalho social na situação da América Latina : desafios para a formação e ação conjunta profissional. Santiago de Guayaquil Universidade Católica Guayaquil, Equador. 04-08 outubro, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A Saúde representa só 8% do total de investimentos públicos no Brasil**. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24511:sauderepresenta-so-8-do-total-de-investimentos-publicos-no-brasil&catid=3>. Acesso em: 14 de Jun de 2017.

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

CORREIA, Maria Valéria Costa. SANTOS, Viviane Medeiros dos. **Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão**. In: BRAVO, M. I. S; ANDREAZZI, M. F. S; MENEZES, J. S. B; LIMA, J. S. B; SOUZA, R. O. (Org.) A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius NPROTEC, 2015.

CORREIA, Maria Valéria. **Controle Social na Saúde**. In.: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CORREIA, Maria Valéria. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o banco mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira**. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Temporalis, Ano VII, n.13, ABEPSS, São Luiz, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raúl de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 22ª Ed. São Paulo: Cortez; CELATS, 2008.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. In.: Ciênc. Saúde coletiva vol. 6 nº2 São Paulo, 2001.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. In: Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 107, 2011.

SANTOS, D.A. **Programas de Publicização: um balanço das transformações nas relações de trabalho na região metropolitana da baixada santista**. Franca – São Paulo, 2015.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. **A privatização da saúde pública brasileira: a utilização do fundo público para o setor filantrópico/privado.** In.: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão. 20-23 agosto, 2013.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Conselhos de Saúde: Construindo uma nova linguagem.** Cuiabá: Edufmt, 1998. 167 p.

SILVA, Lucinéia Soares da. **Fundo público e política de saúde: uma análise sobre financiamento e gastos no Estado de Mato Grosso.** Cuiabá: Edufmt, 2016.