

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA DA GLÓRIA SOARES DE QUEIROZ

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE REABILITAÇÃO E
READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER – GOIÂNIA – GOIÁS**

Goiânia

2020

MARIA DA GLÓRIA SOARES DE QUEIROZ

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE REABILITAÇÃO E
READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER – GOIÂNIA - GOIÁS**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra de Faria

Goiânia

2020

MARIA DA GLÓRIA SOARES DE QUEIROZ

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE REABILITAÇÃO E
READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER – GOIÂNIA – GOIÁS**

Monografia defendida no curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica
de Goiás para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.
Aprovada em 23 de novembro de 2020

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a. Sandra de Faria - Orientadora
(Presidente)

Prof.^a Me. Lúcia Abadia de Carvalho Queiroz
(Membro)

Prof. Dr. Aldovano Dantas Barbosa
(Membro)

GOIÂNIA
2020

Dedico este trabalho ao Dorgival Pereira da Silva, meu companheiro, pela enorme paciência durante este processo de aprendizado e formação. Aqui deixo o meu muito obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

*Tantas vezes pensamos ter chegado, tantas vezes é preciso ir além
(Fernando Pessoa)*

Quero agradecer primeiramente a minha família, filhos e filhas que contribuíram para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço aos colegas e professores do Curso de Serviço Social da PUC Goiás.

À professora Sandra de Faria que contribuiu para o meu conhecimento.

À supervisora de campo no CRER, assistente social Noeme de Oliveira Gomes, que durante este processo contribui para a realização de minha pesquisa e aprendizado.

Só tenho de agradecer, pela dedicação, orientação e apoio que recebi durante a minha formação. Gratidão por tudo.

Epígrafe

“confie em si mesma, quem acredita sempre alcança.... Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém”. (Renato Russo).

RESUMO

A presente monografia decorre da inserção no campo de estágio curricular obrigatória, do curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, entre os períodos de março de 2019 a junho de 2020. O tema resultou de uma indagação com a supervisora de campo sobre o exercício profissional na Instituição. O objeto da pesquisa caiu sobre o trabalho do assistente social no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). Problematiza-se, na monografia, a questão do trabalho e a terceirização das unidades hospitalares de saúde em Goiás, considerando a administração do Centro pela organização social Associação Goiânia de Integralização e Readaptação (AGIR). Contextualiza-se os debates sobre as organizações sociais na saúde como forma de gestão terceirizada e privatizada, e de modificações nas relações pública e privada. Apreende-se o processo de criação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e seus desafios. A pesquisa desenvolvida sobre o objeto de estudo reuniu fontes bibliográficas e documentos, estudos em livros, artigos, monografias e dissertação de Mestrado.

Palavras-chaves: Serviço Social. Saúde. Organização Social. Direito social

LISTA DE SIGLAS

CRER: Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

CER: Centro Especializado em Reabilitação

AVDs: Atividades de Vida Diária

LM: Lesão Medular

LEA: Lesão Encefálica Adquirida

OS: Organização Social

AGIR: Associação Goiânia de Integralização e Readaptação

ONA: Organização Nacional de Acreditado

TFD: Treinamento Fora do Domicílio

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

IGLM: Instituto Readaptação Gingras- Lindsay de Montreal

ICQ- Brasil: Instituto de Certificação de Qualidade Brasil

FASA: Fundação de Assistência Social de Anápolis

IDTECH: Instituto de Desenvolvimento Tecnológico

IGES: Instituto de Gestão em Saúde

ISG: Instituto Sócrates Guanos

IGH: Instituto de Gestão Humanização

SUS: Sistema Único de Saúde

LOS: Lei Orgânica da Saúde

HDS: Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta

HUGOL: Hospital de urgências Governador Otávio Lage de Siqueira

ONGs: Organização Não-Governamental

OPAN: Organização Pan – Americana de Saúde

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

CF: Constituição Federal

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

BPC: Benefício de Prestação Continuada

BM: Banco Mundial

FMI: Fundo Monetário Internacional

FHC: Fernando Henrique Cardoso

PPP: Parcerias Públicas e Privadas

Sumário

RESUMO	7
LISTA DE SIGLAS	8
INTRODUÇÃO	11

I O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO/A EM ESPAÇOS OCUPACIONAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE.	14
1.1 Sistema Único de Saúde, contra reforma do Estado e uma análise do Serviço Social na Saúde.	14
1.2 Atribuições e competência para a atuação do Assistente Social na Saúde	18
1.3 O espaço sócio ocupacional do/a assistente social na política social de saúde e as organizações sociais	22
II A RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER), UNIDADE DE SAÚDE (SUS) - INSTITUIÇÃO ESTATAL, ADMINISTRADA POR UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL	28
2.1 O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER e a organização social, Associação Goiana de integralização e Reabilitação - AGIR.	28
2.2 A relação público e privado na área de saúde e as propostas do projeto privatistas neoliberal no Brasil.	34
III O TRABALHO DOS/AS ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER) E DESAFIOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO.	46
3.1 O Trabalho do assistente social na unidade de saúde CRER e o desafio para o projeto ético político da profissão.	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERENCIAS	56

INTRODUÇÃO

O objeto da pesquisa da presente Monografia foi delimitado durante a inserção da estudante em campo de estágio curricular obrigatório I, II e III em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, realizado no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), unidade de saúde (SUS) do Estado de Goiás. O estágio supervisionado I, II e III, realizado no período de 2019/ a 2020/1.

O tema resultou de indagações entre a estudante e supervisora de campo, no seguinte sentido: quais os limites que os profissionais encontram para exercer a sua função em uma instituição gerida por organização social? Consideram as condições de seu contrato de trabalho satisfatórias? Por serem os/as profissionais contratados/as por terceirização, como se relaciona com o trabalho no CRER? Foram estas e outras perguntas que nortearam a pesquisa de uma realidade que se encontra em várias instituições de saúde em Goiás. Durante o estágio no Serviço Social do CRER percebeu-se ainda a questão do trabalho repetitivo dos assistentes sociais na Instituição.

Ao todo são 24 das instituições hospitalares de Saúde do Estado de Goiás gerenciadas por organização social (OS), uma destas é a Associação Goiânia – AGIR que administra e gerência o CRER.

Atualmente a AGIR é responsável por três gestões hospitalares em Goiânia, sendo elas: Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL; Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta – HDS e o CRER.

NO CRER o atendimento multidisciplinar, é prestado por uma equipe formada por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, lotados nos turnos matutinos, vespertinos e noturnos (CRER, 2002).

O Serviço Social está organizado no CRER como Setor especializado e nesse momento é composto por uma equipe de treze assistentes sociais.

O estágio supervisionado possibilitou a estudante uma reflexão sobre o cotidiano profissional dos assistentes sociais, sobre a realidade do campo ocupacional. Sendo assim, nesta monografia objetiva-se refletir sobre o exercício profissional do Assistente Social na política de saúde, em especial nas áreas de readaptação e reabilitação.

A análise desenvolvida sobre o Serviço Social na Instituição, demonstrou a importância do profissional e da profissão no cumprimento dos objetivos do CRER enquanto hospital do Sistema Único de Saúde.

O CRER é uma instituição estatal, administrado por uma organização social. O presente estudo se propõe a problematizar o trabalho dos/as assistentes sociais no CRER, considerando sua administração pela organização social AGIR. Nesse sentido, é necessário enfatizar as ações, atribuições e competência do assistente social na saúde, articuladas com a equipe multiprofissional. Assim como caracterizar o CRER e contextualizá-lo nas reflexões sobre as organizações sociais de saúde como forma de gestão terceirizada e de privatização por meio da relação pública e privado.

A pesquisa foi realizada no CRER, tomando como referência a dimensão dos fundamentos históricos metodológicos, ético-político e técnico operativo do Serviço Social. A pesquisa bibliográfica e documental tomou como fontes, livros, artigos, documentos, monografias sobre o tema escolhido e documentos da própria Instituição.

A monografia está estruturada em três capítulos, introdução e considerações finais. O primeiro capítulo compreende a análise sobre o trabalho dos profissionais de Serviço Social na saúde e enfatiza as ações, atribuições e competência do assistente social, articuladas com a equipe de saúde. O conteúdo aborda a criação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e o contexto de contrarreforma do Estado

No segundo capítulo apresenta-se uma breve identificação do CRER, como ocorreu sua implementação, e seu desenvolvimento, sua expansão e qual a sua missão na sociedade. Aborda-se também, o contexto de relação público e privado na unidade de saúde como forma de terceirização, por meio da gestão da organização social, AGIR.

O terceiro capítulo tem por objetivo contextualizar o trabalho dos assistentes sociais no CRER, identificando desafios a partir do projeto ético-político dos profissionais de Serviço Social no Centro de Reabilitação e Readaptação. São referências para os estudos de Guerra (1998), Tamasso (2006), Costa (2008), Ministério da Saúde/Brasil (1988), CFESS (2009, 2010,) Bravo (2006), Carvalho (2013).

I O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO/A EM ESPAÇOS OCUPACIONAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE.

O objetivo deste capítulo é referenciar a análise sobre o trabalho dos profissionais de Serviço Social na saúde e enfatizar as ações, atribuições e competência do assistente social, articuladas com a equipe de saúde. O conteúdo aborda a criação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e o contexto de contrarreforma do Estado. São referências para o capítulo os estudos de Guerra (1998), Tamasso (2006), Costa (2008), Ministério da Saúde/Brasil (1988), CFESS (2009, 2010,) Bravo (2006), Carvalho (2013).

1.1 Sistema Único de Saúde, contra reforma do Estado e uma análise do Serviço Social na Saúde.

Neste capítulo destacam-se as mudanças criadas pela contra reforma do estado e o Sistema Único de Saúde, mais precisamente a partir de 1986 com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília (DF) e da promulgação da Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente a grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A participação expressiva da sociedade organizada, como: sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros. A constituição Federal induziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

No Brasil é um marco histórico a aprovação do princípio da universalização da saúde, sendo constituído o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), posteriormente reconhecido como SUS (BRAVO, 2006).

A autora destaca os princípios do SUS: universalidade – o indivíduo passa a ter direitos de acesso a todos os serviços públicos de saúde, independente de raça,

sexo e renda etc. sejam municipal, estadual e federal; integralidade – a garantia do fornecimento de ações contínuas e serviços preventivos, curativos e coletivos, considerando o indivíduo como um todo, atendendo todas as necessidades e equidade – princípio de justiça social buscando diminuir as desigualdades sociais. Bravo (2006) ressalta que apesar do SUS ter conseguido importantes avanços, considera que o SUS posto para a sociedade está longe do SUS descrito na Constituição Federal de 1988. O direito universal à saúde é dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não segurado, rural/ urbano.

A saúde das pessoas, em geral, é resultado das condições sociais e econômicas em que nascem, crescem, trabalham e envelhecem, portanto, ter saúde não depende apenas de serviços de saúde, mas também de escolas, moradia, transporte, emprego entre outra. Carvalho (2013). Ainda segundo o autor adverte, para garantir a saúde das pessoas, fazem-se necessário integrar os serviços de saúde aos demais órgãos públicos articulando políticas e programas que impactam a saúde.

A organização Pan Americana de saúde (OPAN), em 1988, definiu como conceito de saúde não apenas causas biológicas e enfermidades no corpo, mas também, a necessidade de assegurar aspectos sociais, culturais, habitação, lazer, trabalho e infraestrutura que são fatores determinantes na saúde das pessoas. Como também, o conceito de saúde elabora pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 enfocando os aspectos psicossociais. Este conceito surge de organismos institucionais para vincular aos agravamentos das condições de saúde da população, principalmente em países periféricos (BRAVO; MATOS, 2012).

Nesse sentido, [...] os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidade de saúde, classificada em quatro grandes conjuntos: O primeiro são as condições de vida, entendendo-se que o modo como vive e traduz em diferentes necessidades. O segundo diz a respeito ao acesso as grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que nesse caso, o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculos devem ser entendidos nesse contexto, como uma relação contínua pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação, (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p.12).

Como o determinante para a saúde e para as doenças, individual e coletiva, decorre das condições de vida das pessoas, não é possível planejar e gerir o setor de

saúde sem desenvolver ações intersetoriais, ou seja, sem interligá-los as demais políticas sociais, exemplos: educação, transporte, ações sociais e econômicas com trabalho, emprego e renda. Conforme Nogueira e Miotto (2006) com o crescimento populacional foi percebida a necessidade da criação de secretarias municipais de saúde, que alteraram as políticas de saúde, melhorando o atendimento à população, preocupando-se com bem estar das famílias, mesmo na ausência de doença.

Segundo as autoras postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e deste como meio físico social e cultural. Entre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdada pela herança genética), o meio físico que se inclui as condições geográficas, característica da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de ocupação de habitação e assim como meios socioeconômicos e culturais, que articulam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, liberdade, hábitos possibilitando o acesso aos serviços voltados a recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema adequado.

Além do atendimento ao bem estar dos usuários, o fruto das lutas populares e sindicais na área da saúde foi a que mais obteve conquistas no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, sucedido na Constituição de 1988. Com a nova Carta Constitucional, sugeriu um novo ordenamento no setor saúde, proporcionando adequar a universalização ao direito à saúde, na garantia do pleno acesso aos serviços sem qualquer juízo crítico de exclusão ou discriminação, ou seja, o direito de todo cidadão brasileiro é ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde (NOGUEIRA; MIOTTO, 2006).

As autoras definem ainda, que o reconhecimento da saúde como um direito social e a necessidade de garantia e dever do Estado, ou seja, enquanto direito a proteção social.

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. [Portanto], o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 1).

Neste contexto, fica evidente que a proteção social prevista na Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, onde a saúde em conjunto com a Assistência Social e a Previdência integram a Seguridade Social.

Ao confirmar os pressupostos contidos no artigo 196 da Constituição Federal e o artigo 198 por meio das diretrizes Nogueira e Mito (2006), apresentam outros pontos que consolidam o direito à saúde. Confirmado inteiramente na Lei n. 8.080, no que diz respeito ao setor progressista, o SUS veio para alterar situações institucionais, política e técnicas.

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, como direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, como prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 81).

O atendimento integral indica outra feição central no trânsito do direito real à saúde. A afirmativa ao atendimento integral, com preferência para as atividades preventivas, sem perda dos serviços assistenciais. A legislação social demonstra a radicalidade da proposta em face ao modelo de atenção à saúde implementado no Brasil baseado no estilo óbvio da medicina curativa e na atenção à doença (NOGUEIRA; MIOTO, 2006)

No Documento do Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social, em 2017, observa-se que ao longo dos anos, a política de saúde foi a que mais sofreu ataques, sobretudo no que diz respeito aos direitos dos trabalhadores, direitos conquistados com lutas na busca por um sistema unificado, ou seja, de um Sistema Único de Saúde como direito de todos e dever do Estado. O Brasil passou a ser o único país a obter um Sistema Único de Saúde Público, e que estamos prestes a perdê-lo, se a população não se mobilizar e lutar a tempo correrá o risco de perder por completo (CFESS, 2017).

A restrição aos sistemas universais e a ampliação da mercantilização, pela via da expansão dos planos privados de saúde, como mais um nicho de acumulação. Isto significa que a satisfação de necessidades sociais, cobertas originalmente como direitos, passa a depender do acesso mercantil dependente da contratação de planos privados. É evidente que o sistema público de saúde continua existindo. Aliás, é uma tendência mundial dessas reformas, a permanência do sistema público conversando com o sistema privado. No entanto, a perspectiva é a expansão dos planos privados, tanto na previdência quanto na saúde, com manutenção de sistemas públicos básicos focalizados para população de baixa renda (CFESS, 2017, p. 25).

Como adverte Bravo (2006) com a ofensiva do projeto de saúde voltado para o mercado, nos anos de 1990, nota-se, que houve redirecionamento do papel do Estado, pautado pela política neoliberal. Neste sentido, apesar dos avanços constitucionais, houve um forte ataque por parte do grande capital, unificado aos grupos dirigentes.

Em face da ofensiva neoliberal nas décadas de 1990, o Documento de Seminário Nacional de Serviço Social (2017), evento realizado entre os dias 8 e 10 de Junho de 2009, em Olinda, Pernambuco, relata que a intenção deste projeto é desqualificar os funcionários públicos e a desconstrução dos serviços públicos, tendo como seguir iniciativas dos organismos que pertence às bases do capital-imperialismo, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Criam-se estratégias, normas e regras que concretiza a verdadeira contrarreforma institucional para modificar o papel estatal na economia. Assim, privatizando as empresas públicas, desregula, desburocratiza e internacionaliza (CFESS, 2017).

Neste sentido, podemos observar que na atual conjuntura da política de saúde, desencadeou-se o processo sociopolítico de contrarreforma que incide no ajuste fiscal, mais conhecido como política neoliberal. O projeto Reforma Sanitária e o projeto privatista, são projetos societários distintos. No documento de Seminário Nacional de Serviço Social reafirma-se que:

É necessário frisar as diferenças marcantes entre esses dois projetos para a saúde. O Projeto de Reforma Sanitária, que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como características: uma nova concepção de saúde pautada na determinação social do processo saúde/ doença; um financiamento efetivo; a intersectorialidade e, conseqüentemente, a necessidade de outras reformas sociais, ou seja, a saúde, sob esse prisma, é vista como melhores condições de vida e de trabalho. Este projeto prevê a necessidade de amplas reformas sociais, bem como a importância da construção da seguridade social (2017, p. 27).

As propostas e implementação de projetos neoliberais no Brasil contou com a participação de todos os governantes após a Constituição Federal de 1988. Inclusive durante os governos populares dos Partidos Trabalhadores houve a maturidade legal e institucional do que se denomina de “terceiro setor”.

1.2 Atribuições e competência para a atuação do Assistente Social na Saúde

Com o novo modelo de assistência perante a nova estrutura familiar permite ao Serviço Social, atuar na saúde com maior proximidade do projeto ético político da profissão. Sendo assim, a resolução do Conselho federal de Serviço Social (CFESS, 2009) nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde que:

Cumprir observar que hoje, no Brasil, o Serviço Social integra o rol das profissões de saúde, sendo reconhecido tanto no plano legal como através da legitimação social das suas ações profissionais. Isso decorre da ampliação do conceito de saúde, incorporando sua dimensão social é, conseqüentemente, a exigência da proteção social em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.222, 223).

Segundo Behring e Boschett (2007), as políticas sociais, permitem um maior enfrentamento das questões sociais seguindo três diretrizes: econômica política, legislação social e política social. Iamamoto (2015) define questão social como “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada (p. 27).

Dos resultados do Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde (CFESS, 2017) ¹observa-se que o profissional atua na área da saúde trabalha com pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Os assistentes sociais encontram muitos desafios, um desses desafios, é o de sermos firmes naquilo que é princípio do projeto ético político, e o outro desafio têm relação com primeiro citado a cima, é compreender que não há limites para transformação do mundo, porém, os assistentes sociais são como uma “mola populosa” não somente da profissão, mas da classe trabalhadora em que se encontra sempre a ser desafiado a lutar por direitos, melhores condições de trabalho e de vida.

No mesmo Seminário foram reafirmados ainda os compromissos com a melhoria da qualidade dos serviços que são proporcionados aos usuários, no sentido de fortalecê-los como sujeito, individual e coletivo, sendo estes sujeitos de direitos. Ressalta-se no Documento ainda que:

¹ O Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde aconteceu em Olinda (PE), entre os dias 8 e 10 de 2009, abordou o Trabalho de assistente social da área da saúde, no contexto político brasileiro. O evento foi organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pelo conselho Regional de Serviço social da 4ª Região (CRESS-PE).

Esse é um desafio, com base na relação do cotidiano com a classe trabalhadora, ou seja, de fortalecer estes espaços, tanto no que tange à organização política quanto ao acesso aos bens e serviços, como status de existência. Hoje, para manter serviços de qualidade, neste contexto, requer uma grande resistência. Trata-se de um desafio para permanecer firme na luta pela defesa dos direitos sociais, na luta da saúde, de seguridade social como direito, como dever do Estado, na luta pela garantia das condições técnicas e éticas necessárias à prestação de serviços com qualidade, como uma mediação, como forma de construção, de uma base para fortalecimento da classe trabalhadora, da sua organização na perspectiva de uma luta para conquistar a hegemonia na defesa de outra sociedade (2017, p. 27).

As contradições se deslocam se suprimem e depois se contrapõem e assim, é provável aprofundar as contradições do capitalismo, podendo ser superadas. É necessário fazer destas contradições lutas coletivas, para ter como pressupostos o fortalecimento da classe trabalhadora na busca e defesa de direitos sociais.

Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Sociais. Mais que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direito e conquistas da população defendida pelo projeto ético – político profissional (CFESS, 2010, p.31).

No documento da categoria publicado pelo Conselho Federal, denominado Parâmetros para Atuação de Assistentes Social na Política de Saúde, de 2010, alerta-se que o projeto privatista vem requisitando aos assistentes sociais outras demandas como: a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio do sistema ideológico do favor que domina a prática individual (CFESS, 2010).

Os assistentes sociais, na condição de servidor público, apresentam particularidades laborais que merecem destaque, pois são reiteradamente desafiados a responder ao hiato existente entre a intenção progressista do projeto profissional (que ainda supõe-se hegemônico); espaço sócio-ocupacionais cada vez mais engessados seja por políticas sociais precarizadas, por direitos sociais descaracterizados pelo avanço neoliberal; e/ ou por locais de trabalhos reestruturados e subordinados e submetidos a uma lógica gerencialista que a tudo domina: tempo de vida e tempo de labor, forjando um homem desprovido do potencial ontológicos do trabalho (VALLE e LEITE, 2018, p. 110).

Neste sentido, as autoras identificam a precarização do trabalho no serviço público, e conseqüentemente, no espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, colocando novos desafios que, paradoxalmente, retroalimentam prática que representam o que de mais conservador na profissão, como ações de tutela, coerção e convencimento. As autoras destacam que, a atuação do assistente social, retornadas aos servidores de uma instituição pública que deveria ser regida pelo princípio do direito do trabalho, mas promove um espelhamento das formas de ser e organizar idênticos às empresas privadas.

Em outra dimensão, os assistentes sociais que trabalham na saúde ou em qualquer espaço sócio ocupacionais, são orientadas e guiadas por direitos e deveres que constam no Código de Ética, devem ser respeitados pelos profissionais e instituições empregadoras. Ao enfatizar os direitos dos assistentes sociais escritos no Código de Ética, como no artigo 2º, o CFESS ressalta-se que a:

Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de regulamentação da profissão e dos princípios firmados neste código; livre exercício das atividades à profissão; participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste código; pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; amplia autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargas ou funções; liberdade na realização de seus estudos e pesquisa, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos (2010, p. 34).

No que se refere ao compromisso dos profissionais e deveres em relação ao Código de Ética e as competências dos assistentes sociais, previstas na Lei de Regulamentação da profissão, requer dos profissionais a capacidade da compreensão do saber sócio histórico. Neste sentido a:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira; apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacionais e nacionais, desvelados as possibilidades de ação contida na realidade; identificação das presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (CFESS, 2010, p. 35).

Os profissionais precisam compreender as atribuições e competências, para construir ações e estratégias, conforme as demandas apresentadas pelos usuários. O trabalho do assistente social em equipe necessita ser refletidos e divulgados aos demais profissionais para resguardar a interdisciplinaridade do trabalho a ser defendido.

O profissional de Serviço social ao ser inserido em equipe de saúde enfrenta a falta de conhecimento das competências profissionais, sendo requisitados para atribuições que não cabe ao profissional. Como por exemplo, adverte o CFESS,

Marcação de consulta e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas instituições de necessidade de transferências hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Treinamento Fora de Domicilio (TFD)³², medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (CFESS, 2010, p. 47).

A atuação em instituições do terceiro setor representa para o Serviço Social como um dos impactos dirigidos pelo processo das “contrarreformas” do Estado brasileiro, a partir da transferência dos serviços sociais para o terceiro setor.

1.3 O espaço sócio ocupacional do/a assistente social na política social de saúde e as organizações sociais

O assistente social atua respondendo as refrações da questão social, agora respondidas não apenas pelo Estado, mas também por iniciativas privadas da sociedade civil. Acontece que a atuação do assistente social no chamado terceiro setor dá-se mediante o avanço da filantropia, tendo em vista a filantropização que se configura uma nova forma de intervir na questão social.

O primeiro elemento a assinalar é que aquele espaço profissional – ocupacional dos assistentes sociais, construído sob os princípios da politização da questão social, passa a ceder lugar às chamadas organizações sociais, imbuído dos princípios da ajuda e solidariedade e que pode levar à desprofissionalização do atendimento social (ALENCAR, 2010, p. 12).

Segundo Montaño (2010), a diminuição do Estado quanto à responsabilidade no enfrentamento da questão social, mediante a transferência de responsabilidades

deste para o terceiro setor, identificado como sociedade civil, altera substancialmente a orientação e a funcionalidade das políticas sociais, e, por decorrência, a profissão sofre alterações na sua demanda e em seu campo de atuação, bem como na sua modalidade de intervenção.

A consequência disso é a diminuição e a precarização das políticas de forma negativista, o que reflete na profissão do/a assistente social (IPEA, 2011). O trabalho do assistente social, nesse contexto, “passa a ter, portanto, sentidos e resultados sociais bem distintos, o que altera o significado social do trabalho técnico – profissional, bem como ainda seu nível de abrangência” (ALENCAR, 2009, p. 458).

O incentivo a expansão das práticas como o voluntariado, representa ainda a expansão do chamado terceiro setor como um campo alternativo, sendo o mesmo considerado pelo discurso neoliberal como substituto do Estado, tido como insuficiente para o social (OLIVEIRA, 2005). Isso significa dizer que as políticas sociais públicas serão transferidas para esfera do terceiro setor, por sua vez serão desenvolvidas por ações filantrópicas descaracterizado a execução de tais políticas como dever do Estado e direito do cidadão.

No que diz respeito ao trabalho feito e desenvolvido pela filantropia nessas instituições, Montaño analisa que “com a diminuição das respostas estatais às necessidades sociais, crescem os laços de solidariedade local entre os particulares” (1999, p. 70). Sendo assim, é comum na sociedade, encontrarmos espaços filantrópicos, em que o financiamento das atividades desenvolvidas parte da participação social, das mobilizações individuais. Desta maneira, estas instituições irão desenvolver atividades fragmentadas na esfera social, sendo que os benefícios promovidos estão voltados de forma particular e solidaria.

Diante desta realidade, “o que se oculta neste fenômeno de autoresponsabilização dos usuários particulares é um verdadeiro processo de desresponsabilização estatal” com “respostas às sequelas da questão social” Percebe-se, a partir da realidade uma desresponsabilização do Estado no trato à questão social, deixando a população a mercê dos atendimentos e serviços prestados pelas diversas e distintas instituições de organizações sociais da sociedade civil (IPEA, 2011).

Em decorrência da expansão das ONGs na década de 1990 no Brasil, a atuação de projetos e programas sociais é desenvolvida na sociedade nas mais diversas áreas como: habitação, criança e adolescência, educação, violências,

relações de gênero etc. E, com as mudanças nas prioridades dos grupos financiadores de tais organizações na contemporaneidade, tais organizações passam a desenvolver atividades voltadas para o seu autofinanciamento, porém, recorrem ao Estado como fonte de financiamento através de parcerias (IPEA, 2011).

Nota-se, na atualidade, que tais organizações estão voltadas para mediar a relação dos movimentos sociais com o Estado. Portanto, essas relações por vezes acontecem de forma despolitizada, buscando a harmonia e parceria, visando o bem comum, assim buscando o bem comum e esquecendo de alguma forma o caráter de classe dos movimentos sociais. Sobre esta parceria desenvolvida entre o Estado e ONGs, Montaño diz que:

[...] a chamada “parceria” não é outra coisa senão o repasse de verbas e fundos públicos no âmbito do Estado para instâncias privadas, substituindo o movimento social pela ONG. E essa verdadeira transferência de recursos públicos para setores privados não ocorre sem uma clara utilidade política governamental. O Estado é, portanto, mediante a legislação (leis como do “voluntariado”, do “terceiro setor”, das “Oscip”, das “parcerias”) e repasse de verbas, um verdadeiro subsidiador e promotor destas organizações e ações do chamado “terceiro setor” e da ilusão do seu serviço (2010, p. 146).

Desta maneira, se por um lado a parceria entre Estado e as ONGs representam diretamente o financiamento e continuidade dos projetos que são desenvolvidos por estas instituições, por outro lado, como motivador de tais atividades, o Estado irá determinar os serviços sociais desenvolvidos por estas organizações. Vale lembrar, que os desenvolvimentos destas ações representam ainda uma forma de terceirização dos serviços prestados a sociedade (IPEA, 2011).

Parte dos interesses governamentais em financiar tais instituições, visto que sai mais barato aos cofres públicos para investir em projetos temporários, desenvolvidos por ONGs. Assim, deixa de ampliar os serviços e contratos de trabalhadores na esfera governamental. Entretanto, há uma peculiaridade que vem aumentando na sociedade na atual, que é denominada de filantropia empresarial, assim constituindo uma nova forma de ação social difundida pelas empresas ditas cidadãs, ou empresas solidárias, e que meio de projetos sociais proporcionam investimento na área social. Ao debater acerca desta realidade que vem sendo consolidada ao longo dos tempos, da própria ideologia que adota e apoia a presença do terceiro setor na sociedade, vale lembrar que ela não se dá de forma neutra, ao contrário, carrega claros interesses de classe (IPEA, 2011).

A cerca da filantropia empresarial, lamamoto vem dizer que “o novo espírito social de dirigentes de grandes grupos econômicos, expressos na atualidade, não

pode ser confundido com impulsos distributivos e/ ou humanitários generosos” (2009, p. 129), há, sobretudo, necessidade de descortinamentos de reais interesses de desenvolver tais atividades na sociedade.

Os recursos que são destinados ao terceiro setor, constam grandes quantidades de recursos estatais, seja no âmbito da União, ou governo estadual e municipal. O Estado tem destinado enormes quantias às organizações filantrópicas e de serviços públicos verbas orçamentárias do governo. De acordo com Montañó “a transferência de fundos estatais para as entidades do chamado ‘terceiro setor’ pode ser feita mediante diversos mecanismos [como] isenção de impostos (renúncia fiscal), terceirização, parcerias, subvenções etc.” (2010, p. 214).

No tocante as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais nessas instituições, podemos destacar a questão do encaminhamento de usuários (as) que demandam serviços não disponíveis pelas instituições do Estado. Desta maneira, os profissionais de serviço social trabalham fazendo encaminhamento entre várias instituições do terceiro setor. Isso dá-se através de parcerias desenvolvidas entre entidades filantrópicas, entre elas e o Estado (IPEA, 2011).

Essa difusão não acontece de forma neutra, ela traz em si interesse que constituem polarizações na sociedade em que “reforça-se o discurso da coesão social, da complementaridade entre as classes, da unidade entre capital e trabalho, entre estado e sociedade civil” (IAMAMOTO, 2009, p. 139). Olhando nesta perspectiva, a questão social é tratada “como um todo indiferenciado, obscurecida seu caráter de classe”, reforçando a consolidação do projeto burguês na sociedade.

Se entendermos a emergência do Serviço Social como produto histórico, síntese de lutas de classes condensadas no projeto hegemônico burguês, quando o Estado toma para si a resposta das sequelas da “questão social” e dentro da divisão sociotécnica do trabalho, a tese de o Serviço Social evolui (como organização e profissionalização) da caridade e da filantropia é rejeitada; não há evolução ou continuidade direta entre filantropia e Serviço social, e sim ruptura, descontinuidade. Neste sentido, a reforma (neoliberal) do Estado não promove uma “refilantropização do Serviço Social”. Se este último não surge, não evolui daquela, mal poderia retornar àquilo que nunca foi. Não há, portanto, uma passagem paulatina de práticas profissionais dos assistentes sociais para práticas filantrópicas dos mesmos. O que se processa, na verdade, é uma pedra do espaço profissional-ocupacional dos assistentes sociais, que deixa lugar a – porém não evolui em – um aumento das práticas filantrópicas (MONTAÑO, 1999, p. 73).

O autor esclarece que não é o Serviço Social que retorna ao desenvolvimento da filantropia, posto que, de acordo com as análises apresentadas pelo mesmo,

rejeita-se a tese do surgimento da profissão vinculada a prática filantrópica. O que se constata é a ideia de se consolidar o projeto burguês na sociedade, em que todas as relações, em especial as do mundo do trabalho, se flexibilizam num redimensionamento do espaço prático- ocupacional do Serviço Social, em que se verifica a partir da retirada do Estado o aumento da filantropia por instituições da sociedade civil. Ou seja, não é uma atividade prática (o Serviço Social) que se transforma (de profissional/ estatal para voluntariado/ particular), e sim uma prática (o Serviço Social) que é paulatinamente substituído por outra diferente (ação filantrópica) (MONTAÑO, 1999, p. 73).

Certifica-se que tais mudanças neste cenário social não repercutem apenas na categoria profissional dos assistentes sociais, mas demonstra a consolidação de um projeto societário que redimensiona as formas de responder as expressões da questão social, a qual passa a ser respondida por meio da mercantilização e filantropização. Desta forma, supre a noção de direito social e, assim, configura como grande perda para a classe trabalhadora. (IPEA, 2011).

Nestas condições, o profissional do Serviço Social deverá buscar por meio de qualificações, do conhecimento e análise crítica da realidade as estratégias que possibilitem o profissional enfrentar o projeto neoliberal a fim de legitimar mediante a queda devastadora da área social “nisso estão jogadas todas as cartas, para a profissão e para setores subalternos da sociedade” (MONTAÑO, 1999, p. 75).

O espaço sócio ocupacional configura-se como um mercado de trabalho do assistente social, determinando um conjunto de demandas específicas que adensam a partir de condições históricas – sociais particulares abrindo espaço que possam mover práticas profissionais como a dos assistentes sociais.

O conjunto de mudanças no padrão de respostas a questão social, implica no redimensionamento do espaço socioprofissional. Ao assinalar aquele espaço profissional-ocupacional dos assistentes sociais, sob os princípios da politização da questão social, são assumidas pelas chamadas organizações sociais, embutidas dos princípios da ajuda e solidariedade e que pode levar à desprofissionalização do atendimento e dos serviços sociais (ALENCAR, 2009).

II A RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER), UNIDADE DE SAÚDE (SUS) - INSTITUIÇÃO ESTATAL, ADMINISTRADA POR UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Neste capítulo apresenta-se uma breve identificação do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, como ocorreu sua implementação, e seu desenvolvimento, sua expansão e qual a sua missão na sociedade. Aborda-se também, o contexto de relação público e privado na unidade de saúde como forma de terceirização, por meio da gestão por organização social, no caso a AGIR.

2.1 O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER e a organização social, Associação Goiana de integralização e Reabilitação - AGIR.

O CRER se localiza na cidade de Goiânia/ GO, no setor Negrão de Lima, bairro da região leste desta capital. Quando inaugurado, possuía uma estrutura física de 8 mil m². Hoje já são mais de 30 mil m² (CRER, 2020).

Em 2016 o CRER se tornou o primeiro hospital de reabilitação do país e o primeiro hospital público do Centro-Oeste com certificado de Acreditado com excelência – Nível 3 da Organização Nacional de Acreditado ²(ONA) Em 2014, foi certificado pela norma ISSO 9001: 2000. Sua fundação idealizada como base o modelo adotado pelo Instituto Readaptação Gingras – Lindsay de Montreal (IRGLM), Canadá, referência mundial em qualidade e excelência. Em 2018, o CRER foi certificado novamente pelo Instituto de Certificação de Qualidade Brasil (ICQ – Brasil) na norma ISO 9001 versões 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O CRER conta com um ensino de pesquisa bastante atuante como, por exemplo: os vários residentes de diversas áreas da medicina. O Crer tem centros de

² A Organização Nacional de Acreditação – ONA é uma entidade que certifica a qualidade dos serviços de saúde no Brasil, com o objetivo de promover a melhoria contínua da assistência do País (AGIR/CRER, 2002).

pesquisa com algumas linhas de pesquisa e parcerias importantes com instituições nacionais e internacionais.

O Hospital tem por missão “oferecer excelência no atendimento à pessoa com deficiências, fundamentado no ensino e pesquisa” (CRER, 2020) e o seu principal objetivo é oferecer um serviço de saúde integral e atendimento humanizado à pessoa com deficiência física, auditiva, visual e intelectual. Possui uma moderna estrutura que atende, especialmente, usuários com deficiências.

O CRER é uma unidade especializada de referência que atua nos níveis assistenciais primários e secundários, de acordo hierarquização da entidade e regionalização assistencial. A assistência a saúde dentro do CRER, é feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional que prestará serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico de pacientes internados e ambulatoriais, obedecendo a um critério de gravidade mono lógica de forma a proporcionar um treinamento progressivo aos usuários que se constitui ao campo de ensino prático de maneira a contribuir com os objetivos curriculares dos cursos da área da saúde. O CRER também desenvolve programa educacional em serviços para diferentes categorias de pessoas da área de saúde, obedecendo a critérios, a planos específicos aprovado pela Diretoria executiva, aprimorando qualidade e mantendo o padrão de serviços da instituição (CRER, 2002, s/p).

Inicialmente quando inaugurado o CRER realizava os atendimentos de saúde a população por meio de convênios particulares e por parcerias com o SUS. A partir do dia 01 de outubro de 2012 o atendimento passou a ser realizado, exclusivamente, pelo SUS. Como dito no capítulo anterior, de acordo com a constituição Federal a saúde é direito de todos e dever do estado. Ou seja, é dever do estado proporcionar um sistema de saúde de qualidade para atender a população independentemente de religião, raça e classe entre outros (CRER, 2020).

O CRER é um hospital reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV, pela atuação na reabilitação das pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual.

A administração do CRER é composta de: - Assembleia geral; - Conselho de Administração e diretoria Executiva. Portanto, o CRER tem uma estrutura subordinado a assessoria jurídica, responsável pela formalização dos contratos dos serviços prestados por empresa terceirizada (CRER, 2002, s/p).

Em sua estrutura física, o CRER conta com 50 consultórios multiprofissionais para medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, oftalmologia e odontologia; 20 leitos de UTI adulto; 8 salas cirúrgicas; 8 leitos de recuperação pós-anestésica; 7 ginásios de reabilitação, 4 piscinas de hidroterapias; centro de diagnóstico; laboratório de marcha; central de materiais e esterilização; oficina ortopédica; 156 leitos de internação (AGIR, 2020).

O CRER atua com equipe multiprofissional e sua cobertura atende várias necessidades de seus usuários no campo da saúde.

A equipe médica do Hospital atende as especialidades como: angiologia, cardiologia, cirurgia plástica, clínica geral, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, gastrologia, geneticista, infectologia, medicina intensiva, neurocirurgia, neurologia, neuropediatria, nutrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia e urologia (CRER, 2020).

Os profissionais que atuam no CRER são: médicos de várias especialidades, assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, musicoterapeutas, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais dotados de recursos e estrutura necessária para a reabilitação dos usuários e os trabalhadores da segurança, limpeza e higienização e etc (CRER, 2020).

A gestão desta instituição é realizada pela Associação Goiana e Integralização e Reabilitação – AGIR. Em seu nascedouro, teve como Diretor-Presidente Dom Antônio de Oliveira que durante a comemoração dos 15 anos de serviços prestados à população, o Crer, em agradecimento, a instituição fez homenagem ao arcebispo Emérito de Goiânia. Em consonância com o contrato firmado entre a Secretária de Estado da Saúde de Goiás SES/ GO e a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação – AGIR, para o gerenciamento do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER (AGIR, 2020).

O CRER é mantido com recursos oriundos de:-Dotações orçamentárias atribuída pelo Estado; - Recursos orçamentários oriundos ao município; - Doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos; -Renda sobre bens e serviços, convênios, contratos de gestão e aplicação financeiras; -contratos de produção e comercialização de bens e serviços desenvolvidos pela instituição e outros recursos que porventura lhe sejam destinados (CRER, 2002, s/p).

Em setembro de 2002 a Secretária do Estado da Saúde de Goiás – SES/ GO e a AGIR, firmaram contrato de gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do CRER, instituição de referência na atenção a pessoa com deficiências física, auditiva, intelectual e visual no Estado de Goiás.

Pode-se perceber que a saúde não depende apenas da sua situação clínica, mas sim, de todos os fatores que envolvem a vida do ser humano. O Crer é bem abrangente quando se trata da saúde integral.

A AGIR gestora do CRER, possui personalidade Jurídica de direito privado com fins não econômico qualificada como Organização Social pelo decreto Estadual nº 5.591/02 e reconhecida como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13 da Lei Estadual 15.503/05, que detém recertificação como Entidade Beneficente de Assistência Social (SEBAS – SAÚDE) pelo Ministério da Saúde, pela portaria nº 1. 180 de 19 de novembro de 2015.

Conforme a Lei de nº 15. 503/ 05, do Estado de Goiás, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais, que disciplina o procedimento de chamamento e seleção públicos e dá outras providências. Esta lei qualifica pessoas jurídicas de direito privado como organizações sociais é apresentada por meio do decreto do chefe do Executivo.

No Art. 1 do § 1º destaca que:

O Poder Público Estadual estimulará a qualificação como organização social do maior número possível de entidades de direito privado, com a finalidade de, mediante a constituição de banco cadastral, proporcionar, por ocasião da celebração de ajustes de colaboração, maior concorrência entre os interessados e garantir que a melhor escolha seja feita pela Administração estadual (GOIÁS, 2005, p. 1).

Pelo decreto da lei que regulamenta as organizações sociais no estado de Goiás, a AGIR, é uma delas, qualificada como organização social (OS) por esta lei.

Conforme Moreira (2017) destaca em sua pesquisa de mestrado:

As estratégias do Governo do estado de Goiás de terceirização da gestão dos hospitais públicos, via transferência para as organizações sociais acentuam os aspectos da precarização do trabalho no âmbito da política de saúde, a uma flexibilização dos direitos trabalhistas e o adoecimento do (a) trabalhador (p. 66).

A AGIR é a responsável em administrar três hospitais em Goiânia: Hospital Estadual de Urgência da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo) (CRER) e o Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta (HDS) (IBROSS, 2018).

Além das organizações sociais citada acima, existem outras no estado de Goiás como: a Fundação de Assistência Social de Anápolis (Fasa), Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde); Instituto de Desenvolvimento Tecnológico (IDTECH); Instituto de Gestão em Saúde (IGES); Instituto Sócrates Guanaes (ISG): e o Instituto de Gestão e Humanização (IGH) (JORNAL OPÇÃO, 2020).

A AGIR, é responsável pelo gerenciamento de todos os setores do CRER, porém, o Estado é quem repassa a verba para a empresa contratada, assim dando a ela total liberdade para gerenciamento deste valor repassado. Ou seja, a AGIR fica responsável pela folha de pagamento, contratar funcionários, compras de medicamentos, EPI's e entre outros. Na instituição não há participação de funcionários públicos gestores concursados. (AGIR, 2020).

A AGIR é regida por um estatuto, por normas internas e pela legislação aplicável, sendo todos os trabalhadores, contratados por essa organização pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Com o crescimento das organizações sociais no Estado Goiás e o agravamento das políticas sociais nas décadas de 90, principalmente na área de saúde, os trabalhadores vem enfrentando percas de direitos firmados na constituição Federal de 1988, mais precisamente na Saúde, Previdência Social e assistência social que constitui os três segmentos das políticas sociais.

Portanto, com o aumento das organizações terceirizadas, há um agravamento em relação ao fornecimento dos produtos e serviços, proporcionando a precarização das relações de trabalhos, reduzindo e eliminado direitos sociais, rebaixando salários, afetando profundamente os direitos sociais que foram conquistados ao longo dos anos.

O resultado destas privatizações no estado de Goiás coloca o Estado cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes. Podemos perceber isso claramente em reportagem publicada pelo Jornal Opção (2020) citando

os bilhões desviados da saúde pública. Valores que seriam destinados para a melhoria na qualidade dos serviços em saúde para a população.

De acordo com Azevedo (1998) o objetivo da Lei federal nº 9. 637, aprovando a criação da organização social foi de viabilizar a transferência de atividades exercidas pelo Poder Público para o setor privado, sem a necessidade de concessão pública, ampliando a valorização da terceirização.

Nas condições deste projeto a lamamoto vai dizer que:

Nos projetos e programas mantidos por organizações empresariais privados, a ênfase recai sobre a qualidade de serviços prestados. Esses, entretanto, passam a ser seletivos estabelecidos conforme escolhas e prioridades das corporações em suas ações “filantrópicas”, em detrimento da garantia da universalidade no acesso, tal como previsto na constituição vigente no país (2015, p. 43).

lamamoto (2015) diferencia filantropia ampliada no Brasil nos séculos XX, e a filantropia do século XXI, conforme pode-se observar:

Importa deixar claro que não se trata de um ressurgimento da velha filantropia, do século XIX. O que se presencia é “filantropia do grande capital”, resultante de amplo processo de privatização dos serviços públicos. Não mais aquelas ações levadas a efeito por “pessoas de boa vontade”, mas uma outra “filantropia”, estabelecida sob novas bases, não mais românticas, mas integradas ao desenvolvimento das forças produtivas. Dotada de alta eficácia, evocando a solidariedade social na parceria entre a sociedade civil e o Estado, é entretendo incapaz de deter, ou apenas encobrir, o outro produto daquele desenvolvimento, a produção ampliada da pauperização social (2015, p. 43).

O que podemos enfatizar é que o mercado profissional de trabalho hoje se encontra instituído pelas organizações não-governamentais as ditas ONGs, ampliando e modificando o espaço de trabalho que necessariamente precisa ser mais bem qualificado.

2.2 A relação público e privado na área de saúde e as propostas do projeto privatistas neoliberal no Brasil.

A década de 1980, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura houve um movimento significativo na saúde coletiva, mas também ocorreu a ampliação do debate teórico do Serviço social e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (BRAVO e MATOS, 2012).

Segundo Matos (2003) os conselhos e conferências de saúde existentes possibilitam a defesa do SUS, seus princípios de saúde pública universal e de qualidade, pelos setores organizados que lutaram desde a década de 1970, mas que somente na década de 1980 foram consolidados na Constituição Federal de 1988.

Nas atas do Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, evento realizado em Olinda (PE) de Junho de 2009 e publicado pelo CFESS 2017, destaca-se:

Em outras palavras, o Estado passa a ser permeado por demandas da classe trabalhadoras, respondendo-as com direitos trabalhistas, direitos sociais e direitos políticos, que constituem, é fato, verdadeiros conquistas destas classes. É importante atentarmos que essa característica histórica do Estado, assumida no pós-guerra, não é uma característica estanque. Essa abertura do Estado às demandas dos trabalhadores vai se configurar no contexto de um padrão de acumulação fordista-taylorista e de um regime de regulação social estatal com forte diretiva de intervenção na economia e na reprodução da força de trabalho. Refiro-me aqui José Paulo Netto que denomina de função econômica e política do aparato estatal, que são implementadas, naquele contexto, como respostas à queda da taxa de lucros, e também não devemos esquecer, pela pressão da existência das experiências do chamado “socialismo real”. Isto quer dizer, nos dias de hoje, essas funções (econômicas e política) têm um limite colocado pelas mudanças no padrão de acumulação – estamos na era da chamada acumulação flexível – e da base de sua sustentação regulativa estatal – que agora segue as linhas da agenda de ajuste neoliberal (2017, p. 84).

Neste contexto, o Estado sofre contrarreformas no sentido de desresponsabilização de suas funções, obrigações e deveres com a população. Além do mais, o investimento de verbas é reduzido, no âmbito de direitos sociais e trabalhistas, principalmente no que se refere à previdência social e saúde. Na esfera da saúde, em relação ao SUS, os preceitos constitucionais não são cumpridos, e

não há fiscalização nas ações por parte dos governantes, deixando a desejar a qualidade de vida da população, bem como, os seus direitos.

É possível entender as transformações significativas que houve na política de saúde, conquistada e garantida na Constituição Federal de 1988, a qual integra o tripé da seguridade social brasileira. No decorrer da flexibilização do trabalho e privatização das estatais, direitos que foram garantidos, estão sendo perdido por iniciativa de projetos neoliberal.

Conforme Chauí (2009) a ideologia neoliberal garante a diminuição do poder público e o aumento do poder privado. Podemos perceber que,

As duas grandes dívidas neoliberais; do lado da economia, uma acumulação do capital que não necessita incorporar mais pessoas ao mercado de trabalho e de consumo, operando com o desemprego estrutural; do outro lado da política, a privatização do público, isto é, o abandono das políticas sociais por parte do estado e o recrudescimento da estrutura histórica da sociedade brasileira centrada no espaço privado. Este aspecto fortalece a impossibilidade de esfera pública passa der constituir-se, pois antes que a distinção entre o público e privado consiga estabelecer-se, a nova forma do capital determina a indiferença entre o público e o privado. Política e socialmente, a economia neoliberal é o projeto de encolhimento do espaço público e o do alargamento do espaço privado – daí o seu caráter essencialmente antidemocrática – caindo como uma luva para sociedade brasileira (p. 69).

A autora ressalta ainda que,

No caso do Brasil, o neoliberalismo significa: 1. Levar ao extremo a polarização carência-privilegio, a exclusão sociopolítica das camadas populares, a desorganização da sociedade como massa dos desempregados; 2. Aumentar o espaço privado ocupado não apenas pelas grandes corporações econômicas e financeiras, mas também pelo crime organizado, o qual, diante do encolhimento do Estado, pode espalhar-se por toda sociedade como substituto do Estado (proteção, segurança, emprego, privatização da guerra, privatização do uso da força etc.); 3. Significa solidificar e encontrar novas justificativas para a forma oligárquica da política, para o autoritarismo social e para o bloqueio à democracia (p. 69).

Na década de noventa o Brasil enfrentou um período de ofensiva burguesa, adaptando-se as exigências do capital, reforçando um ambiente político, econômico e cultural pautado pelo Consenso de Washington³.

Em 1989 o Consenso de Washington oficializou a defesa do estado mínimo e mudaram as recomendações internacionais do Banco Mundial, sendo idealizado na

³Trabalho publicado in BATISTA, Paulo Nogueira. O Consenso de Washington: A visão Neoliberal dos Problemas Latino-Americano, São Paulo 1994.

ordem reguladora Bretton Woods. Nas décadas de 1980 o Banco Mundial passou a ser elementos fundamentais a ideologia e política econômica norte-americana, que recomendou políticas sociais de acordo com o ajuste neoliberal, ou seja, políticas sociais reduzidas.

O Banco Mundial fez investimento baixo com a intenção de só os mais pobres deveriam ser atendidos pelo Estado, pois não tinha condições de pagar por um atendimento privado, ou seja, o governo para os pobres e o mercado para a classe de renda média alta.

Estas efetivações e recomendações eram de interesse e incentivo fiscais aos setores privados como: tetos de gastos reduzidos aos números de leitos, tempos de permanências, limitações ao acesso à tecnologia, copagamentos, incentivos fiscais aos seguros privados, compras de serviços privados pelo estado, interesse de transferência de atividades para o setor privado por meio de gestão privada. É notadamente, que a transferência de serviços públicos ao setor privado torna-se mais crítico o sistema de proteção social no Brasil.

Segundo Batista (1994) o neoliberalismo trouxe para o Brasil um discurso a necessidade de modernização do país, que iniciou após a eleição em 1989, com Fernando Collor de Melo, que tinha como proposta a derrota da inflação que naquela época atingia o país, orientadas por medidas neoliberais e sendo conduzida por uma política monetarista desde o final da gestão de José Sarney.

As ações de intervenção ministrada pelo governo Collor foram às chamadas reforma estruturais, que fundia na contrarreforma neoliberal. Na gestão do Collor não houve ações expansivas que desse conta do endividamento do País para as agências internacionais, foi ao contrário as estratégias adotadas apontavam para a desarticulação progressiva do padrão econômico, com a fragilização do serviço público.

A fragilização do poder público, ainda na gestão do Collor, impactou no sistema de proteção social, ampliando a redução dos gastos sociais federais, desarticulando as redes de serviços sociais, mediante o fortalecimento do estilo patrimonialista e clientelista na administração da política pública.

De acordo com Soares (2001) as propostas de retirada do Estado espalharam pelas áreas sociais, como saúde e educação, nas quais a superioridade do setor privado foi apregoada, a lógica privada dominou esses setores do ponto de vista das

políticas e práticas governamentais. Os resultados são verificáveis não pelo excesso do Estado, mas pelas privatizações internas. Isto porque o neoliberalismo opõe-se radicalmente a universalidade, a igualdade e gratuidade dos serviços sociais.

Ainda conforme o autor, ao analisar o governo Collor, no que tangencia a política de saúde, considera que as propostas implementadas por este presidente se distanciam da concepção inscrita na Constituição Federal representando um retrocesso na vida dos brasileiros.

A política de saúde na década de 90 expressou tensões entre a pauta da reforma sanitária e a agenda neoliberal. Nas palavras da Behring e Boschetti, “o Estado é visto como meio de internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites nativas dominantes, numa forte confusão entre o público e o privado” (2010, p. 72).

Segundo Filgueiras (2006) o projeto neoliberal foi se desenhando e fortalecendo, passando para o campo puramente doutrinário para se constituir em programas políticos, com concepção e formação de diversas frações do capital. O neoliberalismo que já havia penetrado em maior parte da América Latina, foi implantado no Brasil, com toda garra, a partir do governo Collor, com discurso liberal e abertura para a economia e o processo de privatizações implantado. Durante o governo Sarney, houve uma forte massificação e propaganda desta doutrina nos meios de comunicação de massa, elevação política em toda a década de 1980.

É importante destacar que o autor ressalta que,

Esse processo de implementação e evolução do projeto neoliberal, passou por, pelo menos, três momentos distintos, desde o início da década de 90, quais sejam: uma fase inicial, bastante turbulenta, de ruptura como o MSI e implementação das primeiras ações concretas de natureza neoliberal (Governo Collor); uma fase de ampliação e consolidação da nova ordem econômica-social neoliberal (primeiro Governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC); e, por último, uma fase de aperfeiçoamento e ajuste do novo modelo, na qual amplia-se e consolida-se a hegemonia do capital financeiro no interior do bloco dominante (segundo Governo FHC e Governo Lula) (FILGUEIRAS, 2006, p. 184).

O Governo Lula deu continuidade, “radicalizando” a política econômica implementada pelo Governo FHC, a partir da crise cambial de janeiro de 1999. Como por exemplo, as metas de inflação reduzidas, perseguidas por meio da fixação de

taxas de juros elevadíssimas e também o regime de câmbio flutuante e superávits fiscais acima de 4, 25% do PIB nacional.

No Governo repõe na ordem do dia a continuidade das reformas neoliberais e implementa a reforma da previdência dos servidores públicos, e sinalizando para uma reforma sindical e das leis trabalhistas, além de alterar a Constituição para facilitar o encaminhamento, posterior da proposta, de independência do Banco Central. Assim, dando sequência a novas propostas de privatizações e aprovando as chamadas Parcerias Públicas e Privadas (PPP).

A intenção era de melhorias da infraestrutura do País, uma vez que a política de superávits primária reduzisse drasticamente a capacidade de intervenção do Estado, ou seja, reforçando as políticas sociais focalizadas e assistencialistas (FILGUEIRAS, 2006).

Os grupos econômicos e as frações do capital conforme Filgueiras esse segmento é formado,

[...] por executivo de empresas, certos segmentos de profissionais liberais, a alta burocracia governamental, uma nova intelectualidade identificada com os valores e hábitos forâneos e um pequeno grupo de consultores e trabalhadores autônomo altamente qualificados, ocupados em atividades econômicas recém-surgidos e típicas dos novos paradigmas tecnológicos. Um segmento social que se beneficiou a “farra das importações” e também com altas taxas de juros e que, ao descobrir os padrões de consumos próprios de países desenvolvidos, e a ele ter acesso, se deslumbrou e se sentiu incluído no primeiro mundo (FILGUEIRAS, 2006, p. 185).

A reestruturação produtiva e as políticas neoliberais mudaram profundamente o perfil da classe trabalhadora no Brasil. Com a redução do peso relativo dos assalariados e dos trabalhadores industriais, tendo como contrapartida o crescimento da informalidade com maior fragilidade e desigualdade da classe trabalhadora. Há uma menor identificação em seus vários segmentos com redução da capacidade de negociação, havendo também uma desestruturação do mercado de trabalho, dando seguimento ao processo de desregulamentação da relação trabalhista, levando ao crescimento de desemprego e aprofundando a precarização do trabalho e as formas contratuais como, por exemplo, as cooperativas e a terceirização (FILGUEIRAS, 2006).

Em consequência houve o aprofundamento das desigualdades sociais e a ampliação do desemprego, vista a serem suas metas ao apostar no mercado com grande esfera que regula as relações econômicas, cabendo aos indivíduos a responsabilidade de se virar no mercado (IAMAMOTO, 2015).

A política assistencial de saúde brasileira, com ideário da gestão neoliberal, mesmo sendo implementados programas de atenção básica como o programa de saúde da Família (PSF), ainda assim com caráter emergencial e curativo, não foram fortalecidos a promoção e a prevenção a saúde brasileira.

É neste cenário, que a terceirização se revela uma inconsequência com o sistema de direitos sociais e jurídicos trabalhista, que prestigia de forma estruturante as contratações entre empregado e empregador, além disso, sendo rigorosa e igualmente exigente na cobrança de resultados, ferindo os direitos sociais previstos na constituição Federal de 1988 (QUEIROZ, 2016).

A terceirização é a porta de entrada desse processo complexo de precarização da vida do trabalhador, na medida em que viabiliza a exploração, fragiliza a organização coletiva, assim, tornando a vulnerabilidade dos terceirizados do ponto de vista econômico, e quanto às articulações de poder dentro de um ambiente de trabalho (QUEIROZ, 2016).

Os neoliberais afirmam que a terceirização é uma forma de superação e estratégia para a precarização da proteção social no Brasil. Percebe-se, que estas estratégias na verdade, é para se tornar explícito a proteção social pública com interesse de lucratividade. Nota-se que nas últimas duas décadas com a reestruturação produtiva do neoliberalismo e a crescente globalização do capital, houve um crescimento de contratação por terceiros no Brasil de forma espantosa.

Conforme lamamoto:

É preciso ressaltar o seguinte: os dois braços em que se apoiam as finanças – as dívidas públicas e o mercado acionários das empresas – só sobrevivem com decisões políticas dos Estados e o suporte das políticas fiscais e monetárias. Elas encontram-se na raiz de uma dupla via de redução do padrão de vida do conjunto dos trabalhadores. Com o efetivo impulso dos Estados nacionais: por outro lado a privatização do estado, o desmontes das políticas públicas e a mercantilização dos serviços, a chamada flexibilização da legislação protetora do trabalho; por outro, a imposição da redução dos custos empresariais para salvaguardar as taxas de lucratividade, e com elas a reestruturação produtiva, centrada menos no avanço tecnológico e

fundamentalmente na redução dos custos do chamado “fator trabalho” com elevação das taxas de exploração (IAMAMOTO, 2015, p. 124).

A terceirização trouxe retrocesso constitucional nas políticas sociais, fragmentando os pilares da Constituição Federal de 1988, que são a democracia e a cidadania (MOREIRA, 2017).

Cunha (2015) analisa,

A cidadania no trabalho e a democratização nas relações de trabalho são de fundamental importância para a democratização da sociedade como um todo. Não há democracia na sociedade se no ambiente de trabalho prevalece à lógica autoritária e da exploração (p.66).

Moreira (2017) ao estudar a terceirização no Hospital de Urgência Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) situado em Goiânia, Goiás, ressalta que:

Na mesma direção, no percurso e nas estratégias do Estado na atual conjuntura de hegemonia neoliberal e na terceirização da política social de saúde, com base nas parcerias público-privado via organizações sociais, prevalecem à medida que recaem sobre os direitos trabalhistas, as condições de trabalho e a saúde do trabalhador terceirizado. Comprova-se que o estabelecimento das terceirizações potencializa a precarização das relações de trabalho – condições de trabalho e saúde do trabalhador – e legitima a apropriação do fundo público pelo privado, com ausência de responsabilidade do Estado em face de saúde do trabalhador e dos direitos trabalhistas (p. 25).

Conforme Barros e Teixeira (2015),

Nessa dinâmica, chega a presenciar o fenômeno da terceirização da terceirização – quando uma terceirizada subcontrata outras – ou, ainda, da quarteirização – quando contratada empresa com função específica de gerir contratos com as terceiras – e, mais recentemente, os contratos de facção e as parcerias, de aparato de natureza civil, mas que são, na realidade, formas de terceirização que têm sido discutidas, inclusive judicialmente (p. 42)

Segundo Mota (2010) a terceirização além de trazer como característica a alta rotatividade com baixos salários, a extensão da jornada de trabalho e desproteção social,

A terceirização danifica, lesa e compromete o processo de trabalho da classe que vive dele. Muitos trabalhadores da política pública de saúde terceirizada não “percebem” que seus direitos estão sendo, ainda mais, comprometidos pela terceirização dos locais de trabalho. Aqueles que analisam criticamente essa relação não têm poder/direito de manifestar e/ou agir pela luta por melhores condições de trabalho, ou melhor, estão presos aos processos de trabalho devido à insalubridade e precariedade dos veículos empregadores (MOREIRA, 2017, p.25).

A autora analisa ainda, que ao compreender as relações entre a terceirização na política social de saúde pública, o desmoronamento dos direitos trabalhistas e a condições de trabalhos e de saúde do trabalhador terceirizado, explica-se o aprofundamento indutivo sobre as estratégias adotadas pelo capital para superar a nova crise econômica mundial.

A ideologia neoliberal, dominante do ideário da memória dos governantes em escala mundial, tem manipulado a sociedade civil contemporânea e a classe trabalhadora terceirizada, assim como o próprio usuário da política de saúde, com a falácia de que as terceirizações seriam uma saída eficaz para a precariedade do sistema público de saúde, ou seja, solução para seu sucateamento. A terceirização fragiliza os direitos trabalhistas e repassa à sociedade uma falsa ideia de progresso (MOREIRA, 2017, p. 26).

Nesse caminho, o Pereira também afirma que:

Essa investida na liberalização da terceirização possui o objetivo de ampliar o âmbito do mercado, mediante o desmonte dos pilares de sustentação do direito do trabalho. A terceirização não afasta o direito do trabalho, mas o fragiliza. O caráter altamente ideologizado encobre as suas reais intenções e os meios para alcançá-las, ao tempo em que forja um ideal de progresso e de desenvolvimentos econômicos, como símbolos da modernidade, em que o modelo regulatório trabalhista tradicional seria a barreira arcaica que inviabiliza a prosperidade da nação (2015, p. 63).

A reportagem de 27 de setembro do corrente ano “Atuação do expõe trajetória de embaraços de OSs na saúde em Goiás” do Jornal Opção alerta e sinaliza que desde 2012, o Ministério Público tem questionado o modelo de gestão amplamente adotado pelo Estado, em gestões passadas, no setor.

O Ministério Público acionou as seguintes organizações sociais em suas ações de fiscalização: Fasa; Pró-Saúde; Agir; Idtech; Iges; ISG e GH. Contudo, a promotora informou que a ação ainda não foi julgada, “nem mesmo em primeira instância”.

As autoras Andreazzi e Bravo (2014) ressaltam que uma das possíveis explicações reside na análise das diferenças entre os modelos das organizações sociais e os modelos tradicionais de contratação de serviços privados de saúde pelo SUS. As autoras esclarecem a diferença,

Neste último caso, o investimento em capital é de responsabilidade do setor privado, embora possa contar com políticas diferenciadas de empréstimos por parte de instituições financeiras públicas – situação no passado da Caixa Econômica Federal, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, e o caso atual do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Há um risco inerente à atividade econômica. Nas OSs, o investimento e o custeio são do Estado; trata-se de uma terceirização de gestão. Para a lei n. 8.080/1990, a contratação de serviços privados deve ser complementar quando não existe capacidade instalada pública local – o que não ocorre com a terceirização, permitindo ao Estado passar para a iniciativa privada unidades novas e existentes. O não respeito à lei n. 8.080 deve ser levado em conta ao se analisar a crescente judicialização da política de saúde (2014, p. 509)

Para Iamamoto (2006, p. 31), o conceito de terceiro setor articulado com a sociedade civil “tende a ser interpretado como um conjunto de organizações distintos e complementares, destituídas dos conflitos e tensões, onde prevalecem os laços de solidariedade”.

Ainda conforme a autora:

Os projetos levados a efeito por organizações privadas apresentam uma característica básica, que os diferencia: não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e seguimentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores (p. 31).

No Brasil a lei de responsabilidade fiscal de 2000 foi mais um dos incentivos para Estados e prefeituras adotarem a gestão por OS, mecanismo para sustentar ajustes recessivos e afetando a execução de políticas sociais. Os gestores da saúde pública dediquem mais atenção a privatização disfarçadas de saúde, em especial as OS, mecanismo de implementação rápida. “Além, de preencher os buracos do

processo de privatização via Organização Social, que exige resistência ao avanço na saúde pública” (FILGUEIRAS, 2006).

Em 2007, de setenta OSs criadas no país, à saúde era o maior setor contemplado, com 25 organizações, 16 delas em São Paulo, uma no Espírito Santo, três na Bahia, três no Pará e uma em Goiás [...] esse processo tem se acelerado nos últimos anos, com surgimento de organizações sociais em Santa Catarina, novas OSs no Pará e, surgimento, em Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Goiás e Distrito Federal (ANDREAZZI e BRAVO, 2014, p. 507).

O exemplo disso foi o caso do Programa Mais Saúde do Ministério da saúde entre 2007 e 2011, que proporcionou como meta do programa uma aceleração na construção de novos equipamentos de saúde, como por exemplos as unidades de pronto atendimento (UPAs), na qual muitas delas são gerenciadas por OSs, estratégias inovadoras entre parceria público e privado.

Entendemos enfim, que as OSs, por priorizarem as transferências de recursos do Estado para entes de direito privado, em vez de fortalecerem a administração própria, respondem aos ditamos do ajuste fiscal demandado pelas agências financeiras internacionais pela flexibilização, que proporciona interrupção da prestação dos serviços de saúde. Além disso com o Programa de Aceleração do Crescimento-, as OSs podem estar servindo para o atendimento aos interesses do complexo médico-industrial-financeiro, especialmente do industrial, permitir a manutenção e o fortalecimento de grupos de poder favoráveis a essas políticas no aparelho de Estado. Outros interesses desse complexo no campo dos serviços privados de saúde podem também estar contemplados por meio da quarteirização dos seus componentes mais lucrativos para grandes empresas, como laboratórios e diagnósticos por imagem (ANDREAZZI e BRAVO, 2014, p. 512)

Podemos aqui destacar que as organizações da sociedade civil são entidades privadas, sem fins lucrativos, ou seja, desenvolve ações públicas que seria de responsabilidade do Estado, agora sendo gerenciado pelo setor privado. Terceirização implementada por ideário neoliberal de retrocesso nas políticas sociais e precarização do trabalho.

III O TRABALHO DOS/AS ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER) E DESAFIOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO.

Este capítulo tem como objetivo contextualizar o trabalho dos assistentes sociais no CRER, identificando desafios para o projeto ético-político dos profissionais de Serviço Social no Centro de Reabilitação e Readaptação.

3.1 O Trabalho do assistente social na unidade de saúde CRER e o desafio para o projeto ético político da profissão.

Os usuários internados, readmitidos ou reabilitados na instituição passam por avaliação de equipe multiprofissional. Trata-se de uma avaliação global com objetivo de definir o Plano Terapêutico Singular – PTS, que inclui uma série de avaliações de vários profissionais incluindo do assistente social.

No setor da internação no CRER, assim como todos os outros departamentos, são adotados os protocolos do SUS. Uma das principais necessidades e demandas institucional do usuário admitido pelo CRER é de um cuidador em período integral. Apesar de haver uma equipe de enfermagem sempre posta para o auxílio nos cuidados, demanda-se por um responsável pelas Atividades de Vida Diária (AVDs) do usuário, sendo seu acompanhante ou cuidador.

Conforme o Ministério da Saúde (2008), a presença do cuidador é fundamental quando a pessoa assistida não tem independência ao realizar as atividades diárias, como alimentar-se, tomar as medicações, realizar a higiene pessoal, resolver problemas pessoais e dentre outros.

Cabe ao Serviço Social do CRER a orientação do cuidador no setor de internação, quanto às normas da instituição. São orientados a participar de cursos de capacitação para cuidadores que contém propostas educativas que ensinam e auxiliam a cuidar do usuário durante e após a alta.

A busca pela capacitação do cuidador torna-se uma tarefa indispensável para a equipe multidisciplinar do CRER. Através dessa capacitação, o cuidador e a família

estarão aptos para cuidar do usuário durante e depois da permanência dele na instituição evitando agravos à saúde.

Um dos cursos de capacitação oferecidos pela instituição é o curso de Lesão Medular – LM e Lesão Encefálica Adquirida – LEA, são realizados uma vez por semana com rodízio entre a equipe multiprofissional. Ministrando o curso, que ocorre uma vez ao mês, é de responsabilidade do Serviço Social ministrá-lo.

As atribuições do Serviço Social no CRER estão previstas no regimento interno.

Conforme aos parâmetros do regimento interno do CRER (2002), cabem aos assistentes sociais as seguintes atribuições: esclarecer os cuidadores/ familiares sobre a relação cuidador/ paciente/ hospital; reforçar aos pacientes e cuidadores as normativas de permanência na instituição; avaliar e autorizar refeições ao cuidador cuja paciente não possua perfil frente ao SUS; orientar quanto aos benefícios previdenciários; fazer anamnese social; supervisionar estágio e aperfeiçoamento; agir para que cumpra as normativas do estatuto do idoso e estatuto da criança e adolescente; sensibilizar familiares para enfatizar a importância da visita e do acompanhamento ao tratamento do paciente; oferecer suporte e visitas sociais aos pacientes/ leitos; ministrar cursos de Lesão medular (LM) e lesão encefálica adquirida (LEA); acompanhar visitas na UTI e atendimento médico posterior; encaminhar aos equipamentos sociais; orientar quanto à aquisição de cadeira de rodas, muletas e etc., e outras necessidades materiais; participar de reuniões e orientações aos cuidadores clínica (postos), alta (reabilitação e equipe multiprofissional) e UTI; encaminhar ambulância ou meio de transporte para concretização da alta; lidar com paciente em alta hospitalar, seus cuidadores e/ ou familiares; orientar familiar em altas e óbitos (CRER, 2002, s/p).

As reflexões de Sousa (2019) ressaltam que o trabalho dos profissionais de Serviço Social que atua no CRER, é permeado cotidianamente, por impasses e dilemas que extrapolam o “saber” e o “querer fazer” e interferem na resolutividade dos serviços prestados. Em seu estudo monográfico Sousa salienta os desafios da prática profissional e nota que os problemas de saúde são evidenciados pelos sociais, familiares, de relacionamento entre outros, interferindo diretamente na intervenção profissional, no estado de saúde do usuário, e principalmente, no cenário para efetivação da alta melhorada.

Para a autora devido às diversas expressões da questão social, colocam-se limites e desafios a intervenção dos assistentes sociais, principalmente em instituições que lidam com a saúde na qual as mazelas de uma sociedade com grandes níveis de exclusão social se intensificam, assim, o objetivo da equipe multiprofissional é realizar um bom atendimento e efetivação da alta melhorada (SOUZA, 2019).

O CFESS (2010) analisa que:

A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já estiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/ família com a equipe. A alta a pedido também é uma situação que recai sobre a equipe e, muitas vezes, sobre o profissional de Serviço Social. [...] no caso de solicitação de alta, o usuário deverá ser abordado pela equipe de saúde. O profissional responsável pela alta e pelos procedimentos deve ser o médico e não o assistente social (CFESS, 2010, p. 48, 49).

Com o enfrentamento de diversas expressões da questão social, na qual os assistentes sociais são desafiados, Yamamoto analisa que,

Os assistentes sociais que trabalham com a questão social nas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área na habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. questão social que sendo desigualdade é também rebeldia [...] É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais. Assim, aprender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de intervenção e de reinvenção da vida construída no cotidiano (2015, p. 28).

O Serviço Social do CRER desenvolve o atendimento de forma qualificada, tendo como instrumentais técnico e operativo a avaliação socioeconômica, encaminhamentos, orientações quanto aos benefícios sociais, visitas nos leitos, reuniões com a equipe multiprofissionais, orientações quanto ao Benefício de Prestação continuada (BPC) para as Pessoas com Deficiências (PcD).

A equipe de Serviço Social do CRER executa diferentes procedimentos de trabalho com o objetivo de conhecer o perfil socioeconômico dos usuários e cuidadores, identificarem demandas e antever problemas como, por exemplo: fazer acolhimentos e orientações de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários e encaminhamentos. Se for necessário desenvolve a busca ativa de familiares com vínculo distanciado do usuário, efetivação de altas, aciona as redes de assistência de municípios que integram a saúde para viabilizar transporte, reunião com a equipe multiprofissional e demandas espontâneas.

A equipe de Serviço Social atua em diferentes unidades do CRER com trabalho desenvolvido no ambulatório, na internação e na UTI. Com a visão de saúde integrada, o setor de Serviço Social é participativo e atuante em equipe multiprofissional qualificada e certificada – ISOs. O CRER possui creditações e premiações em nível mundial, Hospital 100% SUS, sendo referência em todo território nacional.

Os usuários do CRER ao serem admitidos, realiza-se o estudo de seu histórico – e suas relações familiares – pela equipe multidisciplinar. As informações colhidas pela equipe de Serviço Social são denominadas anamnese social. As principais informações são: local de moradia, composição familiar, relações familiares, existência de plano de saúde, recebimento de “benefícios” previdenciários e/ou sociais. E, ainda, são analisadas as condições de moradia em relação à localização, saneamento básico etc.

A equipe do Serviço Social desenvolve no trabalho a escuta ativo e visitas constantes em enfermarias aos usuários e cuidadores/ familiares. Nestas visitas, percebe-se o quanto se faz necessário o apoio familiar ao tratamento em reabilitação, uma vez que o cuidado da família faz com que os usuários se sintam mais seguros durante o tratamento (CFESS, 2010).

A família, no cenário dos serviços de saúde, passa a ser invocada como sujeito fundamental no processo de cuidado, tanto no sentido de sua responsabilidade do cuidado, tanto no sentido de sua responsabilidade do cuidado, como de ser objeto de cuidado. Nesse sentido, uma rápida visita à leitura demonstra essa acertava (DAL PRÁ; MIOTO, 2015, p.5),

E é neste sentido que as autoras vão ressaltar que,

É justamente através do campo do cuidado que ocorrem, na prática, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem estar. Na Tônica do cuidado são articuladas [em] diferentes estratégias e imposição ou transferência dos custos do cuidado às famílias, custos de natureza financeiras, emocional e principalmente do trabalho do cuidado (DAL PRÁ; MIOTO, 2015, p. 7).

O perfil da equipe de Serviço Social do CRER é composto por 13 profissionais – gênero feminino com idade média de 42 anos. A formação superior é exigida pela instituição e na contratação pela – AGIR, e pelo regime CLT, e registro no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 19ª Região.

Conforme dados levantados durante o estágio identifica-se que as estratégias de trabalho da equipe de Serviço Social norteiam-se pela finalidade de conhecer a realidade e oferecer serviço qualificado, responsivo e voltado aos usuários e demandas espontâneas. Participar estrategicamente de forma a esclarecer sobre os direitos, orientações, serviços e acessos garantidos por meios de escutas qualificadas baseado em códigos, regulamentados internos e etc.

Compõe os planos de trabalhos da equipe de Serviços Sociais do CRER: assegurar um acolhimento qualificado, escuta atenciosa e abrangente, registros das ações numa vertente técnica e ética preservadora dos três lados: os usuários, instituição e o profissional.

O CRER como se buscou demonstrar é uma instituição com muitos protocolos, e visa o bem estar, a proteção, a saúde dos usuários e colaboradores. O Serviço Social está inserido no contexto e realidade de forma concreta e atuante, sendo claro a importância desse setor para o desenvolvimento de pesquisas e rotinas hospitalares.

As linhas de trabalhos do Serviço Social do CRER estão orientadas pelas matrizes teóricas do Serviço Social, Código de Ética, Constituição Federal e interrelações profissionais. Neste sentido existe uma prioridade no atendimento aos usuários como cidadão, razão principal da presença deste profissional na área da saúde. Esta área, inclusive, requer do profissional, um vasto conhecimento em todas as políticas sociais, como por exemplo: educação, assistência social, trabalhista, previdenciária, articulação com outras categorias, bem como o conhecimento profundo das políticas sociais.

A equipe de Serviço Social trabalha de forma articulada e conectada com diversas localidades, frente às necessidades dos usuários. O setor de Serviço Social vem se aprimorando constantemente, na busca de conhecimentos, por meio de pesquisa, estudos e cursos na área da saúde e de outras políticas sociais. No CRER há uma exigência da instituição quanto à necessidade da atuação profissional qualificada.

A equipe atua com abordagem individual e em grupos globais, sendo que os assistentes sociais que trabalham nos grupos globais fazem atendimento para todas as clínicas dentro da Instituição, com suporte aos usuários na questão de queixas, problemas, justificativa de falta nas fisioterapias, recebimento de atestado na ausência dos usuários na fisioterapia, entre outras, bem como na inserção aos serviços, cursos e supervisão aos novos profissionais. O Serviço Social transita de forma singular nas frentes de trabalho com importância estratégica nos serviços hospitalares e extra-hospitalares.

A atuação é de acordo com as necessidades, expectativas, códigos e leis profissionais e da área de reabilitação. O setor se destaca e desenvolve serviços de qualidade à população usuária do CRER.

Registra-se nas atas do Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde (2017), que na discussão do projeto ético-político na profissão de Serviço Social, no setor da saúde, os profissionais promovem ações estratégicas, com qualificação para planejar, realizar e ter controle de suas atividades e também, sendo protagonistas do projeto ético-político profissional.

Os projetos profissionais apresentam a auto imagem de uma profissão elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (técnicos, prático e instrumentais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2006, p. 4).

O cenário de mudanças, contradições e tensões que se inserem os desafios postos ao profissional de Serviço Social na atualidade requer a reafirmação dos elementos configurativos do projeto profissional.

Portanto, o projeto prioriza uma nova relação como os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 2006, p. 16)

Em uma perspectiva de universalização ao acesso de bens e serviços relacionados à política e programas sociais como a ampliação e a consolidação da cidadania, posta como garantia dos direitos civis, políticos e sociais da classe trabalhadora.

No CRER, a educação continuada é realidade e por se tratar de um hospital/ escola, os incentivos as produções científicas, crescem a cada ano, mantendo o profissional sempre atualizado nas mudanças de demandas, perfil do usuário e nas implementações/ alterações nas políticas públicas.

O exercício da profissão nesse contexto visa às ações éticas no imenso arcabouço das necessidades daquele serviço, sempre contrapondo os déficits básicos nas esferas federal, estadual e municipal, fazendo com que o acesso

seja mantido e preservado dentro dos direitos das pessoas que ali transitam. Assim sendo, o projeto de profissão declara democrático, considerando a democratização como socialização da participação política e a socialização da riqueza produzida (NETTO, 2006).

Os desafios para a efetivação desses direitos continuam, exigindo do profissional estudo constante, proximidade teórica e ética da profissão e bons relacionamentos com demais profissionais. O Serviço Social do CRER é devidamente habilitado para o exercício da profissão. Os assistentes sociais são contratados para atender as demandas e necessidades dos usuários e desenvolvem um trabalho profissional com qualificação conceitual, técnica e ética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos desenvolvidos na pesquisa e elaboração do trabalho monográfico possibilitaram a compreensão do desafio profissional em relação à efetivação de direitos sociais e a exigência de estudos constantes teóricos, técnicos e éticos da profissão.

A pesquisa possibilitou a compreensão do trabalho dos assistentes sociais inseridos na política de saúde, tanto no plano legal como através da legitimação social do direito a saúde e a proximidade com o projeto ético-político da profissão. Os profissionais são levados a compreender as atribuições e competência para situar as ações e estratégias conforme e as demandas apresentadas pelos usuários.

A garantia e defesa de suas atribuições está estabelecida na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 e pelo Código de Ética profissional de 1993. Os profissionais que atuam na área da saúde encontram desafios, respondendo as refrações das questões sociais, respondida não apenas pelo Estado, mas também pelas iniciativas privadas da sociedade civil.

Com o avanço da filantropização se configura uma nova forma de intervir na questão social que passa a ceder às chamadas organizações sociais, as novas propostas implementadas pelo projeto neoliberal no Brasil, contou com a participação de todos os governantes após a Constituição Federal de 1988.

A saúde das pessoas em geral é resultado das condições sociais e econômicas em que nascem, crescem, trabalham e envelhecem. Para ter saúde não depende apenas de serviços de saúde, mas também de escolas, moradia, transporte emprego, meio ambiente, lazer e etc. os determinantes para a saúde, incluem também os biológicos como: idade, sexo, característica herdada pela herança genética e etc.

O projeto neoliberal representa a ofensiva contra os direitos sociais por meio da contrarreforma do Estado dando novas respostas as questões sociais, atendendo as novas exigências do capital, com nova manutenção das políticas pública com relação à desreponsabilização do estado na garantia dos direitos universais, igualitários e de acesso aos princípios constitucionais.

A elaboração do trabalho monográfico possibilitou a compreensão da implementação do projeto neoliberal via Consenso de Washington em 1989. Expandindo no Brasil em 1990 com privatizações e terceirizações das empresas públicas com interesse de lucratividade e investimento do Estado. Este projeto é mais

uma estratégia de interesses da classe dominante, com intenção de reduzir gastos, mais precisamente nas políticas sociais como por exemplos: saúde, educação e previdência social, transferindo responsabilidade que seria do Estado, agora gerenciada pelo setor privado, com precarização do trabalho e reduzindo direitos sociais, previsto na Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado.

O direito a saúde, foi fruto das lutas populares e sindicais, para a conquista e o fortalecimento dos direitos sociais, conferido na Constituição Federal de 1988, que possibilitou um novo ordenamento, principalmente no que se refere a universalização ao direito a saúde. Com a garantia do acesso sem discriminação, de forma igualitária, direito de todos e dever do Estado.

Com o passar dos anos, mais precisamente na década de 1990, as políticas de saúde passaram a sofrer ataques, com a ampliação da mercantilização e expansão dos planos privados com interesse de acumulação. As necessidades sociais passam a depender do acesso mercantil com contratação de planos privados, tanto na previdência quanto na saúde.

O Estado passa a se redirecionar pelo viés neoliberal, desqualificando serviços públicos, intensificando normas e criando regras para concretização da contrarreforma, modificando o papel estatal na economia, privatizando empresas públicas que desregula as políticas sociais universalistas.

Como se buscou demonstrar durante o estágio em Serviço Social identifica-se as estratégias de trabalho da equipe de Serviço Social, norteadas pela finalidade de conhecer a realidade e oferecer serviço qualificado, voltados aos usuários. Participar estrategicamente de forma a manter os direitos, orientações, serviços e acessos destes aos serviços existentes no CRER.

Para concluir cabe destacar que os estudos desenvolvidos possibilitaram apreender que o Serviço Social no CRER tem na sua composição, profissionais que buscam qualificação permanente e compreende as atribuições e competências da profissão, conforme as demandas dos usuários e as relações de trabalho em uma instituição hospital administrada por uma organização social, privada.

O trabalho do Assistente Social, não ocorre de forma isolada, apresentando necessidade de ser refletido e divulgado aos demais profissionais na perspectiva da interdisciplinaridade na saúde pública, em especial à pessoa com deficiência, público prioritário do CRER.

REFERENCIAS

ALENCAR, Mônica. O trabalho do assistente social nas organizações privadas **não** lucrativas. In: CFESS, Serviço Social: **direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2010.

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

ARANTES, Débora Jerónima; TOASSA, Gisele. **Movimento da reforma psiquiátrico em Goiânia/ GO**: trajetória histórica e implementações dos primeiros serviços substituídos. In: Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 52, mai/ago. 2017. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/498/pdf>: Acesso em: 30 Ago. 2020.

AZEVEDO, Eurico de Andrade. **Organizações Sociais**. In: Direito administrativo brasileiro. 23 ed, p. 103 a 104. São Paulo: Malheiros, 1998.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castre. **Serviço Social e Saúde**: Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. 5.ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BEHEING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7.ed. São Paulo: Biblioteca básica de Serviço Social; v. 2. Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês. **Política de saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em 14 mar. 2020.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Social na Política de saúde**. CFESS, Brasília- DF-2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde**. CFESS, Brasília-DF- 2017.

CRER, AGIR, Associação Goiana de Integralização e Reabilitação, **Secretaria de Estado da Saúde**. Goiânia/ GO, jan, 2018. Disponível em: http://www.osstransparencia.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/REL-CIRCU-ATIV-DESENV-dezembro_17.pdf: Acesso em: 29 Ago. 2020.

CHAUI, Marilena. **Cultura e democracia: Coleção Cultura é o que?** Volume I. 2. ed. Salvador/ BA: Fundação Pedro Calmon, 2009.

CAPAVERDE, Leonia Bulla. **Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileira**: Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em 22. Mar. 2020.

DAL PRÁ, K. R.; MIOTO, R. C. T. **Serviços Sociais e Responsabilização da Família: Contradições da Política Social Brasileira**. Regina Célia Temaso Mioto, Kell Regina Dal Prá. XII ENPESS; Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - 5 a 9 de novembro - Juiz de Fora - MG, 2015. Disponível em: https://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2015/05/texto-9_capacita%C3%A7%C3%A3o-trabalho-com-familias_Mioto-servi%C3%A7os-sociais-e-familia.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

FILGUEIRAS, Luiz. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico**. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales, Buenos Aires: Agosto 2006.

IPEA, CODE, **Desafios Contemporâneos Acerca do Terceiro Setor e Serviço Social: entre o novo trato da questão e a negação da solidariedade de classe**. In: I Conferência do Desenvolvimento Code, 2011, Brasília, DF. Anais... Brasília, DF: Code, 2011. p. 1-12. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo12.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. Ed.- São Paulo, Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IBROSS, **“A humanização do atendimento é uma obrigação nas unidades de saúde que administramos”**. In: Jornal Opção, Goiânia/ GO, 2018. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/a-humanizacao-do-atendimento-e-uma-obrigacao-nas-unidades-de-saude-que-administramos/>. Acesso em: 29 Ago. 2020.

_____. **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 do artigo 2º § 1º da Constituição federal.

MARACCI, Denis Gimenz e KREIN, José Dari. **Precarização e Terceirização: terceirização e o desorganização mercado de trabalho brasileiro**. Biblioteca, sindicatos dos Químicos: São Paulo, 2016.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **“Das “lógicas do Estado” às Lógico da Sociedade civil”: Estado e “terceiro setor” em questão.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo. Cortez, n. 59, p. 73 – 75 nov./ nov. 1999.

Montaño, Carlos Eduardo. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MIOTO E NOGUEIRA, **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para as assistentes Sociais: 2003 e 2004.** Disponível em: . Uma pequena pesquisa revisão, arquivo: acesso em: 03 de dezembro de 2019

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

MOREIRA, Jessica L. A. P, **Trabalho e Terceirização na Saúde Pública em Goiás: O Modelo de Gestão das Organizações sociais e a Classe Trabalhadora.** Goiânia: PUC/ GO, 2017.

NETTO, José Paulo, **A Construção do Projeto Ético- Político do Serviço Social: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional,** 2006. Disponível em: . Acesso em: 31de out de 2020.

OLIVEIRA, Lívia Maria de. **A materialização do projeto ético-político do Serviço Social no cotidiano profissional em ONGs de Mossoró- RN.** Trabalho monográfico apresentado à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Mossoró, 2005. Disponível em: . Acesso em: 17 mai. 2020.

PAULO, Ton. **Atuação do PM expõe trajetória de embaraços de OSs na saúde em Goiás.** Jornal Opção, Goiânia/ GO, set/ 2020. Disponível em: de ago, 2020.

PEREIRA, Ricardo José Macedo em Britto. **A inconstitucionalidade da liberação generalizada da terceirização.** Revista da ABET, v. 14, p. 62-77, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/abet/article/view/25701/13877>. Acesso em: 04 de dez, 2020

TRAVAGIN, Leticia Bona. **O avanço do capital na saúde: um olhar critica as Organizações Sociais de Saúde.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 115. Saúde Debate, 2017

VALLE, Karla Fernanda e LEITE, Janete Luzia. **Contrarreforma do Estado e Gerencialismo: novo fetiche, velha proposta.** Serv. Soc., São Paulo, n. 131, p. 109-129, jan./abr. 2018.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL

Av. Universitária, 1069 | Setor Universitário

Caixa Postal 86 | CEP 74605-010

Goiânia | Goiás | Brasil

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante **MARIA DA GLÓRIA SOARES DE QUEIROZ** do Curso de SERVIÇO SOCIAL, matrícula: 2017100070109-7 telefone: 62-993629962 email: glosara1980@gmail.com, na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei nº 9.610/98 (Lei dos Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado

O trabalho do assistente social no centro de reabilitação e readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER – Goiânia – Goiás, gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 04 de Dezembro de 2020

Assinatura do(s) autor(es): *Maria da Glória Soares de Queiroz*

Nome completo do autor: Maria da Glória Soares de Queiroz

Assinatura do professor-orientador: *Sandra de Faria*

Nome completo do professor-orientador: Dra. Sandra de Faria.

