

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

Miriam da Silva Rêgo

**A PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS EM DEBATE: O CASO DO
CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE
SANTILLO – CRER**

Goiânia
2020

Miriam da Silva Rêgo

**A PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS EM DEBATE: O CASO DO
CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE
SANTILLO – CRER**

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 sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Margot Riemann Costa e Silva

Goiânia

2020

Miriam da Silva Rêgo

**A PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS EM DEBATE: O CASO DO
CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE
SANTILLO – CRER**

Monografia defendida no curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.
Aprovada em pela seguinte Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Margot Riemann Costa e Silva
Orientadora – PUC/ Goiás

Membro – PUC/Goiás

Membro – PUC/Goiás

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fazer companhia ao longo do curso.

A meu pai que já faz companhia a Deus.

Ao meu companheiro.

A minha mãe, irmãos e sobrinhos que me apoiaram, fazendo com que esta fosse uma das melhores fases da minha vida.

À universidade quero deixar uma palavra de gratidão por ter me recebido de braços abertos e com todas as condições que me proporcionaram dias de aprendizagem muito ricos.

Aos melhores professores, em especial a minha orientadora Margot Riermann C. e Silva, reconheço um esforço gigante com muita paciência e sabedoria, foram eles que me deram recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias.

As minhas supervisoras Luciana, Fabrícia, Niula e Marcella que me inspiraram como profissionais.

A todas minhas colegas de sala de aula que de alguma forma me ajudaram a acreditar na realização desse sonho.

Imensa gratidão!

“Caso o seu cotidiano lhe pareça pobre, não reclame dele, reclame de si mesma, diga a si mesma que não é poeta o bastante para evocar suas riquezas.”

(RILKE, R. M., Cotidiano Pobre, 2007, p.26)

RESUMO

Este trabalho pretende discutir as formas iniciais das políticas sociais no mundo e no Brasil indicando a resposta do Estado para o enfrentamento das demandas advindas das transformações políticas, sócias e econômicas ocorridas na sociedade, pretende também discutir o caráter contraditório das políticas sociais no neoliberalismo evidenciando sua intervenção focalizada e mercantilizada e finalmente serão abordados as discrepâncias existentes entre a instituição CRER sob a gestão da OS AGIR e a rede pública, uma vez que, o CRER disponibiliza de equipamentos e acomodação predial em bom estado e nos outros locais da rede pública são desprovidos de condições estruturais.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Políticas Sociais, Neoliberalismo, Organização Social.

ABSTRACT

This work intends to discuss the initial forms of social policies in the world and in Brazil, indicating the State's response to face the demands arising from the political, social and economic transformations that have taken place in society. It also intends to discuss the contradictory character of social policies in neoliberalism, showing their focused and commercialized intervention and finally the existing discrepancies between the CRER institution under the management of OS AGIR and the public network will be addressed, since the CRER provides equipment and building accommodation in good condition and other public network locations are devoid of structural conditions.

Keywords: Social Work, Health, Social Policies, Neoliberalism, Social Organization.

LISTA DE SIGLAS

AGIR: Associação Goiânia de Integralização e Readaptação

CF: Constituição Federal

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

CRER: Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

OS: Organização Social

SUS: Sistema Único de Saúde

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 CAMINHOS DA POLÍTICA SOCIAL.....	13
2.1 CONCEITUANDO POLÍTICA SOCIAL.....	13
2.2 AS PROTOFORMAS DA POLÍTICA SOCIAL.....	14
2.3 POLÍTICAS SOCIAIS E A EXPERIÊNCIA NO BRASIL.....	17
2.4 CONTEXTUALIZANDO O SERVIÇO SOCIAL.....	21
2.5 POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DITATORIAL.....	24
3 POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: <i>UMA ANÁLISE A PARTIR DA POLÍTICA DE SAÚDE</i>	28
3.1 BREVE CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	28
3.2 POLÍTICAS SOCIAIS E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO NO CONTEXTO NEOLIBERAL.....	30
4 CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER).....	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE.....	32
4.2 A ESTRUTURA FÍSICA DO CRER: REFLEXÕES SOBRE AS DISCREPÂNCIAS EXISTENTES ENTRE A REDE PÚBLICA E A REDE GERIDA PELAS OS.....	34
4.3 CORTES ORÇAMENTÁRIOS E O DECRETO N° 9.637/98.....	40
4.4 PRINCÍPIOS BASILARES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA CF/88.....	44
4.5 DO IDEÁRIO DO ESTADO MÍNIMO.....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXO.....	51

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste trabalho começou a se desabrochar na aula da disciplina de estágio I do Curso de Serviço Social da PUC-Goiás, quando duas estudantes relataram sobre as condições das estruturas físicas dos espaços ocupacionais, em que estavam realizando seus estágios supervisionados, momento este em que, levou-se à indagações sobre as diferenças existentes entre as estruturas dos dois locais relatados e a estrutura física do CRER.

Buscou-se a partir do seguinte ponto: os três locais citados são para o atendimento da rede pública, portanto, são de responsabilidade da administração pública, porém, o CRER está sob a gestão da OS AGIR compreender tamanha disparidade estrutural destes ambientes que tem um mesmo fim, atendimento a população.

Aponta-se a posição e o papel do profissional de Serviço Social, que se encontra na linha de frente nas solicitações dos usuários, são estes profissionais que acolhem, identificam demandas e recebem as queixas daqueles que esperam ter suas necessidades atendidas. O estudo se caracteriza pela pontuação dos impactos da administração de OSs nas unidades de atendimentos de saúde, os descompassos que se encontra em unidades não administradas por um sistema mercantil.

No Capítulo 2 – Caminhos da Política Social, busca pontuar a história da política social na Europa e no Brasil, sua contextualização levando ao caminho das políticas sociais de saúde. No capítulo 3 – Política Social no Brasil: uma análise a partir da política de saúde, busca-se a interação sobre as políticas de saúde no Brasil, início e evolução dessa temática os impactos no meio social. No capítulo 4 – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), trata da apresentação da estrutura física e de pessoal, gestão da unidade de atendimento a saúde, apresentação do estudo baseados em levantamento de dados do Diário de Campo.

A metodologia usada para construção deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica, uma análise documental das fontes a seguir: livros, artigos científicos e documentos da instituição objeto de pesquisa, fazendo uma abordagem qualitativa exploratória que se deu pelo estágio supervisionado na unidade de saúde Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER).

2 CAMINHOS DA POLÍTICA SOCIAL

O presente capítulo fora dividido em tópicos, partindo primeiramente de uma discussão conceitual da política social, logo após será apresentado uma breve abordagem das protoformas da política social, em seguida o tópico sobre a política social e a experiência no Brasil, na sequência virá contextualizando o serviço social, e ao final desse capítulo será a política de saúde no contexto ditatorial. Para a interlocução entre estas temáticas, apropriou-se dos referenciais teóricos de Potyara Pereira (2008); Elaine Behring (2009); Berhring e Boschetti (2011); Polanyi (2000) e Castel (1992,1998); Netto (2011); Bravo (2009); CFESS (2017), COLMAN (1998), Paim (1989; 2010);lamamoto (1995).

2.1 Conceituando Política Social

Compreender a política social e sua trajetória histórica é fundamental para que se possa entender a formulação da política tanto da saúde, como da assistência social.

Política Social por muitas vezes é caracterizada como uma ajuda aos pobres, porém, é um direito reclamado pela sociedade e restituído pelos poderes públicos, apesar das contradições [...] visa, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos (PEREIRA, 2008, p.171-172).

Segundo Behring (2009, p.19),

As políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social.

Sendo assim por que a política social é concessão e conquista?

Para Behring, a política social tem que ser conquista, porque só se alcança determinado direito à política social por intermédio da luta. A política social só existe porque os trabalhadores foram em sua busca, portanto, não se tratou apenas de concessão por parte do Estado, foi preciso a luta para que hoje contássemos com uma seguridade social. Mas, além de ser conquista necessariamente também tem que ser

concessão. Por quê? Porque se o Estado se fecha e não concede nenhum tipo de política social, como nos períodos de ditadura, por exemplo, não importa a luta, não importa a reclamação, não importa a organização política, o objetivo não será alcançado porque há cerceamento da liberdade. Então, a política social é ao mesmo tempo uma concessão por parte do Estado e conquista por parte das classes sociais interessadas e organizadas para esse fim.

Dito isto Berhring e Boschetti (2011, p.47) ainda afirmam que as políticas sociais “se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal”. Estão na trajetória histórica das políticas sociais a soma de três mecanismos: o modo de produção capitalista, as lutas de classe e a intervenção estatal para chegar ao que é denominado de política social. Quando a política social se espalhou, quando ela criou mais força se situará no período da transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista após a Segunda Guerra Mundial, é o que descreve as autoras “sua generalização situa-se na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial na sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial (pós-1945)” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.47).

2.2 As Protoformas da Política Social

As protoformas das políticas sociais são legislações que vieram antes da própria política social, legislações estas que não possuem caráter de sistema de proteção social, que não tem caráter de sistema de proteção ao trabalhador, nem proteção à vida privada e nem a vida social em sua totalidade, eram legislações que serviam para controlar e para manter o status de passividade, de harmonia em meio às relações sociais “essas leis, longe de garantir o bem-estar comum, perpetuavam a ordem social vigente e puniam a ‘vagabundagem’, como eram considerados os pobres” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.47).

Poor Law (1601) – Lei dos Pobres na Inglaterra e New Poor Law (1834)

Polanyi afirma que o princípio estruturador dessas leis era obrigar o exercício do trabalho a todos que apresentassem condições de trabalho, e as ações assistenciais previstas tinham o objetivo de induzir o trabalhador a se manter por meio de seu trabalho. Associadas ao trabalho forçado, essas ações garantiam auxílios mínimos (como alimentação) aos pobres reclusos nas *workhouses* (casas de trabalho). Os critérios para acesso eram fortemente restritivos e seletivos e poucos conseguiam receber os benefícios. Os pobres “selecionados” eram obrigados a realizar uma atividade laborativa para

justificar a assistência recebida (Polanyi,2000; Castel,1992,1998, apud, BEHRING; BOSCHETTI, 2011,p.48-49).

De acordo com Polanyi (2000) e Castel (1992,1998), essas leis impediam a livre circulação do trabalhador e mantinham a organização do trabalho vivenciada até então. Em conjunto com a caridade privada e a filantropia, surgem como respostas às demandas sociais daquele contexto. Por isso são identificadas, por Behring e Boschetti (2011), como “protoformas das políticas sociais”.

A característica principal da Lei dos Pobres e da Nova Lei dos Pobres era o controle, a coerção, a manutenção do *status quo* daquela época. Outros aspectos são que estas legislações das protoformas das políticas sociais eram de caráter pré-capitalista, pois não existem políticas sociais em outro modo de produção senão no modo de produção capitalista. De caráter punitivo e restritivo essas legislações articulavam-se ao lado da assistência seletista designada estritamente aos indigentes, eliminando a assistência aos que não tinham deficiências físicas, os aptos para o trabalho, e as ações filantrópicas era do trabalho forçado da coerção e que também tinha como aspecto a lógica moralista e repressiva por que a igreja estava presente, essas legislações também estabeleciam a diferença entre os pobres que no dizer de (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p.49) eram “merecedores” (aqueles comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns adultos capazes considerados pela moral da época como pobres merecedores, em geral nobres empobrecidos) e pobres “não merecedores” (todos que possuíam capacidade, ainda que mínima, para desenvolver qualquer tipo de atividade laborativa)”.

Portanto, as protoformas das políticas sociais não tinham o fim de garantir o bem comum e sim tinha a intenção de manter a ordem social. Nesse período de sociedades pré-capitalistas, as legislações que mais foram citadas e desenvolvidas foram as leis inglesas período este que antecedeu a Revolução Industrial (BEHRING;BOSCHETTI,2011 apud POLANYI,2000;CASTEL,1998,p.47-48). E são elas: ¹Estatuto dos Trabalhadores (1349); Estatuto dos Artesãos (Artífices) (1563); Lei dos Pobres elisabetanas (1531-1601); Lei de Domicílio (1662); *Speenhamland Act* (1795); Nova Lei dos Pobres (1834).

Segundo Polanyi e Castel as legislações promulgadas até 1795 “tinham como

¹ As leis: Estatuto dos Trabalhadores (1349);Estatuto dos Artesãos (Artífices) de 1563; Leis dos Pobres elisabetanos (1601); a Lei de domicilio (1662) e a Lei de *Speenhamland Act* – Lei de Assistência aos Pobres (1795), tinham como função manter a ordem de castas (pobres/miseráveis) e impedir a livre circulação da força de trabalho, o que contribui para retardar o livre mercado de trabalho, e estabelecia diretrizes da assistência aos pobres, exercida através das paróquias; Lei Revisora das Leis dos Pobres (1834) marcou o predomínio, no capitalismo, do primado do liberal do trabalho como fonte única e exclusiva de renda, e relegou a já limitada assistência aos pobres ao domínio da filantropia (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.48).

principal função manter a ordem de castas e impedir a livre circulação da força de trabalho” (Polanyi, 2000; Castel, 1998, apud, Behring; Boschetti, 2011, p.48).

Nesse sentido era realmente uma forma de controle, portanto, não há outra palavra que expresse melhor para definir o que eram as protoformas das políticas sociais. Apresentavam escassas atenções às necessidades sociais, sendo geridas por um Estado que via o trabalhador como um perigo à ordem pública, as legislações que não tem um caráter de sistema, são legislações fragmentadas que não trazem a noção de proteção e sim trazem a noção de controle de organização da força de trabalho.

Mesmo que nesse período a ²Questão Social ainda não era entendida como um fenômeno e precisava ser enfrentada e analisada por um viés de totalidade muito mais macro do que micro, o Estado pensou em políticas sociais para dar respostas no início, mesmo que pontuais e fragmentadas para algumas determinadas categorias de trabalho, estas políticas sociais se gestaram em torno do mundo do trabalho, não eram pensadas políticas sociais para quem estava fora do trabalho, mas, sim para quem estava inserido no mercado de trabalho de alguma forma.

A origem da Política Social a nível mundial surgiu a partir das lutas dos trabalhadores

Sua origem é comumente relacionada aos movimentos de massa social-democratas e ao estabelecimento dos Estados-nação na Europa ocidental do final do século XIX (Pierson, 1991, apud, Behring; Boschetti, 2011, p.47).

Entretanto as políticas sociais surgem gradualmente entre os países devido cada país possuir suas particularidades, é no final do século XIX que haverá ações mais amplas, planejadas e sistematizadas e com caráter de obrigatoriedade por parte do Estado, tais ações ainda não correspondem a um modelo de sistema de proteção social.

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. Os autores são unânimes em ao situar o final do século XIX como período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.64).

O estado de bem-estar social caracterizou-se nos países da Europa Ocidental no

² A explicação designada para conceituar a “Questão Social” que embora não seja homogênea, porém, boa parte dos autores filiados à tradição marxista considera é que ela [...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1995, p.77 apud SANTOS, 2012, p.25).

período entre o pós-Segunda Guerra Mundial e a primeira metade da década de 1970, em que o papel do Estado se caracterizou pela implantação de um conjunto de políticas sociais que implementava os direitos de cidadania, entre as quais se destacou a política de pleno emprego, de acordo com Pierson (1991) [...] o que ajuda a demarcar a emergência de políticas sociais são alguns elementos surgidos no final do século XIX, decorrentes da luta da classe trabalhadora. O primeiro foi a introdução de políticas sociais orientadas pela lógica do seguro social na Alemanha, a partir de 1883 o modelo Bismarckiano por Otton Von Bismarck e o segundo “é que as políticas sociais passam a ampliar a ideia de cidadania e desfocalizar suas ações, antes direcionadas apenas para a pobreza extrema (Pierson,1991, apud, Behring;Boschetti,2011,p.64).

2.3 Políticas Sociais e a Experiência no Brasil

De acordo com Behring e Boschetti (2011), o contexto brasileiro considerando seu desenvolvimento tardio o país não viveu os processos das grandes revoluções (Revolução Industrial) como existiram na Europa, as políticas sociais surgem no Brasil em pleno Capitalismo e nos marcos da divisão internacional do trabalho, ou seja, no Brasil não tivemos protoformas das políticas sociais, as mesmas somente aconteceram na Europa.

No Brasil teremos as primeiras formas de proteção sociais voltadas mais para o mercado de trabalho e que começa a partir de:

1888 – com Lei 3.397 que previa a criação de Caixas de Socorro organizada pela burocracia pública – que eram mecanismos de apoio financeiro monetário a quem se via nessa necessidade (BEHRING,;BOSCHETTI,2011,p.79).

1889 – com o Decreto n.10.269 funcionários da Imprensa Nacional e Ferroviários conquistam o direito à pensão e 15 dias anuais de férias (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.79).

1891 – com o Decreto 1.313 a primeira legislação para a assistência à infância, regulamentando o trabalho infantil, mas que nunca foi cumprida (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.80).

1892 – com a Lei n.217 veio a conquista dos funcionários da marinha adquirirem o direito à pensão, aqui relacionado também ao mundo do trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.80).

1923 – com a Lei 4.682 a chamada Lei Eloy Chaves que institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para setores estratégicos (ferroviários e marítimos),

essa lei é um marco preponderante para a história das políticas sociais devido a definição pela primeira vez de um mínimo de proteção social mesmo que somente nesse momento para os setores estratégicos (ferroviários e marítimos), setores esses que eram responsáveis pela manutenção da economia, por esse motivo esses setores eram privilegiados porque eram eles os responsáveis pela manutenção do modo de produção capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.80).

1927 – com o Código de Menores, de conteúdo claramente punitivo e que só veio a se modificar em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (BEHRING, BOSCHETTI, 2011, p.80).

Em decorrência da formação histórica brasileira, tendo um sistema de produção escravagista, o qual só foi eliminado por meio da Lei Áurea em 1888. Sendo o Brasil o último país ocidental a findar a escravidão, as diversas expressões da Questão Social, relacionadas ao sistema capitalista de produção e sua contradição com o trabalho demoraram mais a se fixar, pois as indústrias custaram mais para ocupar o cenário econômico. De acordo com Behring e Boschetti (2011, p.78):

Não houve no Brasil escravagista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes. A Questão Social já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com a imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho.

A crise de 1929 foi uma crise de superprodução, superacumulação e subconsumo, foi a maior crise econômica mundial do capitalismo, e teve graves reflexos que afetaram tanto o corpo empresarial levando a falência, como os trabalhadores levando ao desemprego causado pela redução dos postos de trabalho, além de desencadear uma recessão econômica global como afirma Behring;Boschetti (2011,p.68) “A crise econômica mundial do capitalismo 1929-1932 a maior até aquele momento, conhecida como a Grande Depressão e que teve início com a quebra da bolsa de valores nos Estados Unidos da América e por ser uma das maiores potências mundiais acabou influenciando todo o mundo (BEHRING;BOSCHETTI,2011,p.68)”.

Diante da crise citada e seus aspectos como: queda na taxa de lucro e baixo consumo com alto número de desempregados, o Estado passou a defender o conjunto de medidas conhecidas mundialmente como keynesianas que emplacou tendo como

fundamento o pleno emprego, a ampliação do bem-estar social e um Estado interventor nas relações sociais e na economia, porém, era de interesse burguês o controle social, a reprodução da força de trabalho e a legitimidade da ordem capitalista dessa forma determinando o Estado a assumir o papel de Intervencionista; as políticas sociais se generalizaram e foram importantes nessa fase principalmente para o capitalismo que ao dar suporte aos trabalhadores como a saúde, educação e serviços alimentariam a engrenagem do capital.

Behring;Boschetti (2008,p.51) afirmam “As políticas sociais e a formatação dos padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da Questão Social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. E tudo isso se resultou na era dos Anos de Ouro, o período compreendido entre 1945-1975, também conhecido como anos gloriosos.

No entanto no Brasil, como afirma Iamamoto e Carvalho (2014),

As instituições assistenciais e previdenciárias – saúde pública, seguro social, menores etc.- começam a se desenvolver a partir da década de 1920 pela ação estatal, que amplia de forma notável sua interferência nesses domínios (IAMAMOTO;CARVALHO,2014,p.254)

A generalização das políticas sociais sendo como um “conjunto de medidas anticrise ou anticíclicas, tendo em vista amortecer as crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo, ensejadas a partir da lógica do mercado (BEHRING;BOSCHETTI,2011,p.71), e que correspondem ao Estado de Bem-Estar Social não aconteceu no contexto brasileiro, e sim as formas focalizada e restrita de ações voltadas para áreas específicas eram as formas de amortecer a crise a partir das políticas sociais.

Na era Vargas 1930, segundo Behring; Boschetti (2008); e Pereira (2008) acontecerão os primeiros indícios da implantação da política social no Brasil, porém, com um perfil de “tutela e favor”. O momento era de legitimação da classe dominante em um ambiente de restrição de direitos políticos e civis, mas, também de fortes manifestações de movimentos da classe trabalhadora reivindicando direitos sociais, antecedendo a era Vargas. Era limitada as “atenções públicas às necessidades sociais, geridas por um Estado ainda socialmente restrito” (PEREIRA, 2008,p.61), eram apenas ações imediatistas direcionadas aos funcionários públicos.

Vejamos a seguir as implantações das ações para áreas específicas, a partir das

políticas sociais:

1930: criação do Ministério do Trabalho e Ministério da Educação e Saúde neste caso há uma junção de ministérios demonstrando a falta de atenção às particularidades de cada âmbito o do Trabalho, o da Educação e o da Saúde

1932: criação da Carteira de Trabalho, um grande avanço para a questão de regulamentação do mundo do trabalho

1933: criação do IAP dos Marítimos e progressiva extinção das CAPs

1942: Legião Brasileira de Assistência – LBA, organizada pelas primeiras damas

1950: Desenvolvimentismo, trata do desenvolvimento do Brasil o chamado 50 anos em 5 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 106-108).

1960: Clamor social por reformas – Golpe de 1964, contexto da ditadura militar a sociedade começa a reclamar do que está posto, a solicitar a intervenção do Estado em determinadas situações da realidade social. A partir de 1960 o Estado passa a se preocupar com o levante social ao reclame por direitos sociais.

2.4 Contextualizando o Serviço Social

O serviço social no Brasil teve início na década de 1930, sua emergência se deu através das mudanças históricas, que ocorreram a partir do avanço do capitalismo. O trabalho torna-se mercadoria, ou seja, no novo modo de produção o trabalhador vende sua força de trabalho mediante um salário. Segundo Iamamoto e Carvalho (2014) o trabalhador ao vender sua força de trabalho defronta-se não somente com um capitalista, mas sim com uma classe de capitalistas.

Diante disso, tem-se a classe operária de um lado, e a classe capitalista de outro, que oferecem condição de trabalho precário aos trabalhadores. É neste contexto que surge o objeto do serviço social, a chamada “Questão Social” e suas expressões, resultado da relação capital e trabalho. Segundo Netto (2011), o serviço social emerge a partir das mazelas e sequelas que compõe o modo de produção capitalista, tais sequelas são as expressões da Questão Social. Segundo Iamamoto o conceito de “Questão Social” é:

O 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 as apropriações dos seus frutos mantêm-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 1999, p. 27).

Observa-se que o modo de produção capitalista produz um conjunto de desigualdades no que se refere à Questão Social, as consequências desse sistema englobam desigualdade social, econômica, política, cultural. Fruto de uma produção construída socialmente, porém com acesso de poucos à apropriação da riqueza produzida. É neste cenário de desigualdade social que o serviço social se manifesta para enfrentar a Questão Social, nesta época, década de 1930, apoiado pela igreja católica.

A relação entre a profissão e o ideário católico na gênese do Serviço Social brasileiro, no contexto de expansão e secularização do mundo capitalista. Relação que vai imprimir à profissão caráter de apostolado fundado em uma abordagem da “Questão Social” como problema moral e religioso e numa intervenção que prioriza a formação da família e do indivíduo para a solução dos problemas e atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais. O contributo do Serviço Social, neste momento, incidirá sobre valores e comportamentos de seus “clientes” na perspectiva de sua integração à sociedade, ou melhor, nas relações sociais vigentes. (YAZBEK, 2009, p. 3)

A igreja católica marcou o início do serviço social no Brasil, diante disso sua referência se baseou na doutrina social da igreja, no tomismo e no neotomismo. Percebe-se que a Questão Social era vista como um problema religioso e, portanto, papel da igreja.

Historicamente, passa-se da caridade tradicional levada a efeito por tímidas e pulverizadas iniciativas das classes dominantes, nas suas diversas manifestações filantrópicas, para a centralização e racionalização da atividade assistencial e de prestação de serviços sociais pelo Estado, à medida que se amplia o contingente da classe trabalhadora e sua presença política na sociedade. Passa o Estado a atuar sistematicamente sobre as sequelas da exploração do trabalho expressas nas condições de vida do conjunto dos trabalhadores (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p. 85)

No primeiro momento a Questão Social foi assumida pela igreja católica de forma filantrópica, visto que na década de 1920 e 1930, “[...] surgira o Serviço Social como um departamento especializado da Ação Social, embasado em sua doutrina social.” (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p.149). Nota-se que o serviço social surge com base no assistencialismo, amparado pela igreja católica, posteriormente na década de 1940 sua referência passa a ser baseada no serviço social norte-americano, de cunho conservador e de perspectiva teórica positivista. Isso ocorre em decorrência da ação ativa do Estado perante a Questão Social, pois o mesmo passa a atuar para enfrentar as desigualdades

sociais, sendo resultado do:

[...] desdobramento da Questão Social é também a questão da formação da classe operaria e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses. (CARVALHO; IAMAMOTO, 2014, p.135)

A atuação do Estado para responder à Questão Social, foi resultado das reivindicações da classe operaria para reconhecimento de seus direitos.

Logo após a década de 1960, os acontecimentos sócios históricos impostos por um desenvolvimento econômico acelerado, com forte exploração da força de trabalho, mudaram as relações sociais no país, forçando mudanças no posicionamento da política social, agora determinada como estratégia fundamental para amenizar as sequelas deixadas pelo desenvolvimento do capitalismo monopolista (NETTO, 2006). A nova face assumida pela política social no bojo dessa conjuntura e a situação vivida pela sociedade brasileira, colocaram para o Serviço Social brasileiro, a necessidade de buscar o avanço técnico da profissão, assim como discorre Yasbek (2009b). Este momento é identificado, segundo Netto (2009) e Silva (2009), como o primeiro momento do Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil.

A necessidade de compor um perfil profissional para as ações dos assistentes sociais desencadeou-se a partir deste movimento, porém, no âmbito da categoria, “quer cronologicamente, quer teoricamente” (NETTO, 2009, p. 154), mesmo acontecendo o desgaste do Serviço Social tradicional, emergem algumas tendências diferentes uma das outras, tanto teóricas quanto metodológicas em disputa no interior da profissão, sendo as perspectivas: Modernizadora – que buscava o avanço técnico e a ampliação das funções da profissão; de Reatualização do Conservadorismo – que segundo Netto (2009, p. 155), não superou os valores tradicionais, apenas subordinou-os a suas orientações mais atuais; e da Intenção de Ruptura, que teve como projeto, romper com o conservadorismo e suas implicações teórico-metodológica e prático-profissional. (IBIDEM).

A proposta de intenção de ruptura era de construir bases novas, ou seja, dar uma nova face ao Serviço Social desvinculando-se historicamente com as práticas vinculadas ao Serviço Social tradicional, porém, foi descontinuada devido a forte repressão que assolou a América Latina na década de 1960, principalmente no Brasil, e só ressurgiu entre o final da década de 1970 e início de 1980, estando presente até os dias atuais, é o

que Netto (2005, p.250) chama de momento de espraiamento da Intenção de Ruptura com o Serviço Social “tradicional”.

2.5 Política de Saúde no Contexto Ditatorial

No calor das reivindicações da classe trabalhadora em que a pauta era os direitos sociais, acontecia ocasionado por esse movimento dentro do Serviço Social, a promoção do amadurecimento de setores da categoria profissional, na sua relação com outros protagonistas – equipes multiprofissionais e grupos da população politicamente organizados; e outras instâncias – núcleos administrativos e políticos do Estado (NETTO, 2009, p.139), para juntos participarem das lutas que acarretaram vitórias que ficaram na história nas décadas de 1980 e 1990 no país, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal Brasileira de 1988 e ainda a Lei Orgânica da Saúde em 1990.

Com o golpe de 1964 a ditadura implementou um novo modelo de desenvolvimento econômico-social e político que gerou uma enorme concentração de renda no país, a classe trabalhadora não obteve ganhos com o processo de desenvolvimento que o país viveu nesse período, pelo contrário, se sujeitou a condições precárias de vida, a pobreza castigava a população, pessoas expostas por todo tipo de males à saúde, a precariedade das condições de higiene pela falta de uma política efetiva de saúde pública era gritante devido a população não ser coberta pelos serviços básicos de saúde.

Conforme (Bravo,2007) a saúde no período ditatorial se ordena principalmente ao setor privado, pois a saúde necessitava possuir características capitalistas, com incorporação de tecnologias do mesmo modo que ocorria no exterior, uma forma de imprimir nas políticas sociais o direcionamento dado à política econômica que estava sendo implementado pela ditadura.

Com essa situação dramática que o país se encontrava e com todo o autoritarismo da ditadura, surgiu o cenário perfeito para o florescimento de setores da sociedade reivindicarem seus espaços.

Foi neste contexto de luta que o Movimento de ³Reforma Sanitária brasileiro defendendo princípios como universalidade, equidade, descentralização e participação social na saúde, tem a sua gênese firmada por volta de meados da década de 1970, na

3 Será considerado neste contexto a definição dada por Bravo (2009, p 32) onde pontua que a Reforma Sanitária “[...] consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade”.

efervescência dos movimentos sociais e setores progressistas que lutavam pela redemocratização do país (Bravo,2007).

A questão da saúde pública ganhou novos atores para discutir a situação dramática de vida que a população brasileira se encontrava e assumiu uma dimensão política, vinculado à democracia. Dentre os atores que entram em cena neste período estão os profissionais de saúde, movimento sanitário, setores da igreja católica, vinculados à luta dos trabalhadores e partidos de esquerda (Bravo,1007).

Esses movimentos sociais organizados debatiam propostas como a universalização do acesso; a saúde enquanto direito social e dever do Estado; a criação de um Sistema Unificado de Saúde, visando à reestruturação do setor e um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização dos processos decisórios; o financiamento e a criação dos Conselhos de Saúde, visando garantir processos democráticos.

As conquistas na área da saúde são concebidas como produto das lutas políticas da sociedade que atuam para a sua efetivação. O período de redemocratização do país gestou o cenário perfeito, pois era um momento de adensamento das massas populares que lutavam pelo fim da ditadura.

Formou-se consenso na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a definição de saúde não como alternativa individual e pontual, mas uma concepção de saúde abrangente e a sua incorporação ao direito de cidadania e a imediata intervenção do Estado, com a criação do Sistema Único de Saúde (Gonçalves, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a saúde, pois foi retirada desta a inspiração para as propostas para serem colocadas em debate na constituinte. O movimento sanitário apresentou um projeto bastante progressista para ser levado a votação, uma proposta de proteção social que tinha por finalidade garantir à população brasileira o acesso universal e igualitário ao sistema único de saúde.

Na década de 80 os trabalhadores não conseguiram interferir substancialmente na ordem econômica, porém obtiveram conquistas no campo social e político, num contexto de lutas democráticas contra o regime ditatorial. Neste cenário, “a saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos.” (CFESS, 2010, p.18).

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve grande relevância no processo de descentralização da saúde, tendo como reposta no ano seguinte, em 1987, pelo Decreto

94.657, a criação do Sistema Descentralizado de Saúde (⁵SUDS). Segundo Paim (1989; 2010) o SUDS foi uma estratégia ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços enquanto se elaboravam o texto para o setor da Saúde que iria compor a Constituição Federal de 1988.

Outros eventos que marcaram o Serviço Social, pós-reviravolta na forma de pensar e atuar na profissão, não apenas para atender as necessidades postas pelo empregador, mas, sobretudo, para dar respostas profissionais “a quem o profissional do Serviço Social serve – a classe trabalhadora” (COLMAN, 1998, p.14), também devem ser lembrados, como é o caso da Lei Orgânica da Assistência Social em 1993 - (8.742/93); da Lei de Regulamentação da Profissão em 1993 - (8.662/93); das novas Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social, aprovadas em 1996 - (9.394/96); da construção do Projeto Ético-Político Profissional e das Revisões no Código de Ética da profissão.

Estas transformações mudaram o fazer profissional do assistente social, abrindo leques de possibilidades para uma intervenção crítica na realidade, o que possibilitou sua atuação nas mais diferentes áreas da política social, como é o caso da política de saúde, sendo atualmente, o setor que mais emprega o assistente social na esfera estatal. (BRAVO, 2009).

As lutas travadas na passagem das décadas de 1980 a 1990 resultaram na consolidação tanto do projeto de reforma sanitária quanto o novo projeto profissional do Serviço Social, os renovados valores e princípios do Serviço Social ecoaram nos debates da reforma sanitária, conectando-os, pois estão vinculados a um projeto social radicalmente igualitário e coletivo CFESS, (2017).

Apesar de toda essa luta travada, hoje o que se vivencia, segundo CFESS,(2017) “é a diminuição do espaço público democrático e estatal, acompanhado do encolhimento dos direitos sociais conquistados, aqui especialmente tratado o campo da saúde”. E a consolidação do projeto privatista da saúde, o qual cria fecundas raízes no plano do Estado.

3 POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: *uma análise a partir da política de saúde*

Para este capítulo o trabalho traz algumas considerações sobre o início da política de saúde no Brasil, logo após a discussão avançará para o processo de descentralização da política das políticas sociais no contexto neoliberal. Para esta pesquisa utilizei autores como Inês Bravo (2006), Eliane Behring; Ivanete Boschetti (2008), Stein (1997), Andrade; Pontes; Junior (2000).

3.1 Breve Considerações Históricas da Política de Saúde no Brasil

A evolução das políticas de saúde no Brasil e os determinantes históricos envolvidos neste processo tem início a partir de 1930 na era Vargas nas primeiras décadas de surgimento da política social no Brasil.

De acordo com BRAVO (2006, p.4) a organização de dois subsetores foram efetivados pelo governo para a classe trabalhadora foi o de: saúde pública e o de medicina previdenciária, bem como também algumas interferências de ações sanitárias para erradicar epidemias, até a década de 1970 esta organização permaneceu, porém, marcada com ajustes, criações e separações de instituições (BEHRING & BOSCHETTI, 2008, p. 110).

A unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões que aconteceu entre as décadas de 1970 e 1980 no Brasil, proporcionou um decorrente aumento no número de contribuintes para o Sistema Previdenciário, favorecendo a rede particular de saúde que se conviniu ao governo, passando a atender aos trabalhadores formais e autônomos que contribuíam para a Previdência. O governo começou a fazer uso de hospitais particulares para atender a esses usuários, principalmente no que tange aos exames de alta complexidade, transferindo também para esta rede, incentivos para construção/manutenção destas instituições e parte da contribuição arrecadada dos trabalhadores.

Assim, até meados de 1980 se seguiu a formulação e implementação da política de saúde no Brasil, com a saúde pública repassada ao setor privado através de convênios, sem a participação efetiva da sociedade civil. Este cenário sofre modificações a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que impulsionou alguns textos para a reformulação da saúde, na Constituição Federal de 1988; e as leis regulatórias da saúde na década de 1990.

As diretrizes propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde se tornaram marco legal em 1988, com a sexta Constituição Federal do Brasil, versando em cinco artigos (196-200),

“[...] o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; [...] Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.” (TEIXEIRA, 1989, p. 50-51 apud BRAVO, 2006, p. 10-11).

As conquistas democráticas anunciadas nesta década foram entravadas na década seguinte, com a redefinição do papel do Estado, que diminuiu sua intervenção enquanto provedor das políticas sociais, transferindo para o mercado, parte de suas obrigações.

A referência da política de saúde na década de 1990 ficou por conta das Leis de regulamentação do SUS, com a Lei 8.080/90, “que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS” e a Lei 8.142/90, “que regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos” (ANDRADE, PONTES e JUNIOR, 2000).

Como complemento a estas Leis, tem sido criadas as Normas Operacionais lançadas a partir da década de 1990, que são instrumentos normativos que facilitam as transferências de recursos, tornando-se forte aliada à garantia do processo de descentralização/municipalização da saúde preconizada na Constituinte de 1988.

3.2 Políticas Sociais e o Processo de Descentralização no Contexto Neoliberal

As discussões sobre “descentralização” na saúde ⁶entendida como democratização do acesso, deram-se início na década de 1960, sendo tema de discussão na III Conferência Nacional da Saúde (CNS, 1963), mas só na Constituição Federal de 1988, que ela foi institucionalmente legalizada, dando garantias aos entes federativos

6

É importante salientar que descentralização não é um termo utilizado apenas na política de saúde, mas sim amplamente discutido nas políticas sociais, porém neste trabalho estaremos tratando-o com este direcionamento.

para formular e controlar as políticas, e posteriormente reafirmada nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990; 8.142/90 e nas Normas Operacionais Básicas lançadas após 1990, a fim de atender as diversidades existentes no País, de acordo com suas necessidades e territorialização.

A implantação da descentralização político-administrativa garantida pela Constituição Federal de 1988 a partir da década de 1990 acontece quando os ideais neoliberais ganharam força no país.

Para Stein (1997, p. 75), este processo sugere “a demarcação de uma nova ordem política na sociedade brasileira”; um agravamento da desresponsabilização do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2008), ou ainda como sustenta Bravo (2009), isentou o poder central de responsabilidades.

Alguns autores, a exemplo de Castro (1991), Tobar (1991) e Draibe (1993), ambos citados por Stein (1997), partem da concepção sobre a descentralização ter sido usada pelo Estado, hegemonicamente direcionado por forças neoliberais, enquanto estratégia para redução de gastos públicos. Estes autores falam que como necessidade política, a descentralização tende a ser usada para neutralizar as demandas sociais, desconcentrando os conflitos e envolvendo a população na busca de solução para seus próprios problemas. Segundo Stein, este é um argumento utilizado pelos liberais para demonstrar a eficiência do mercado como mecanismo para a aplicação de recursos (SILVA, 2012, p.21-22). Sendo assim nesta concepção o uso da descentralização será de forma a diminuir a empregabilidade de recursos públicos.

O direcionamento das forças neoliberais estimulam o crescimento econômico e propagam a necessidade de redução do Estado nas áreas sociais ficando assim as políticas sociais em segundo plano.

No projeto neoliberal as políticas sociais acabam-se resumindo a ações paliativas, focalizadas, assistencialistas, sem a presença do Estado, ou seja, a responsabilidade deste foram repassadas à solidariedade e ao mercado, numa perspectiva de mercantilização da vida social.

“Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais- a depender da correlação de forças entre as classes sociais e seguimentos de classes e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise [...] prevalecendo o [...] referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização. Sendo esta última estabelecida não como

compartilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como uma mera transferência de responsabilidade para entes da federação ou para instituições privadas [...]”. (BEHRING; BOSCHETTI,2007,p.156).

Dessa forma, observa-se a submissão dos direitos sociais à disponibilidade orçamentária e aos interesses econômicos, defendidos pelo Estado e pelo projeto neoliberal do capitalismo.

As políticas sociais de responsabilidade do Estado, mas que podem proporcionar lucratividade para o capital (por exemplo, educação e saúde), foram focalizadas naqueles indivíduos que não podem pagar. Aqueles que possuem renda para adquiri-las que façam via mercado, essa focalização além de ser uma afronta aos princípios da Seguridade Social leva o sucateamento dessas políticas. A exemplo a política de saúde, uma das áreas que conseguiu maiores avanços na Constituição de 1988, como direito de todos e dever do Estado, tem hoje um sistema sucateado, focalizado nos mais pobres (Bravo, 2000, apud, Costa,1996).

Outra medida que vem colaborar com a corrosão da política de saúde é a Lei Federal nº 9.637/98, que instala novos modelos de gerenciamento dentre eles as Organizações Sociais,

“Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.”

Após o neoliberalismo ter implementado uma ampla contrarreforma do Estado brasileiro que possibilitou a privatização, a mercantilização e a precarização dos serviços públicos de saúde, os gestores públicos colocaram em prática na política de saúde o gerenciamento feito pelas Organizações Sociais dessa forma contribuindo para a transferência da responsabilidade da gestão da saúde pública que é estatal, sendo que, a saúde como direito de todos e dever do Estado conforme previsto na CF/88 já sob orientação neoliberal para ser administrada pelas mesmas.

4 CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER)

As políticas públicas são instrumentos de proteção dos direitos humanos são garantidoras da dignidade humana. Quando estas sofrem imposição de um sistema de mercado deixam de cumprir seu papel fundamental, quando se aborda as políticas de saúde pública percebe-se que em toda esfera estatal existe uma terceirização do cumprimento do dever do Estado em proporcionar acesso gratuito e de qualidade a saúde.

No estado de Goiás podemos identificar algumas unidades de saúde modelos, porém estas são geridas por organizações não governamentais, tal condição nos força a reflexão do funcionamento mercantil da saúde e outras políticas que se ditam públicas.

Neste capítulo será apresentado o Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER. Em seguida serão debatidos a questão da infraestrutura da unidade que está num nível superior àquele encontrado na rede pública, tanto de saúde, quanto de assistência social, e ainda, os impactos dos cortes orçamentários que iniciaram em 2018 e seguiram em 2019, período em que foi realizado o estágio supervisionado.

4.1 Caracterização da unidade

O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), instituição na qual realizou-se o processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social entre 2019/01 e 2019/02, iniciou suas atividades em 25 de setembro de 2002, sob a gestão da Associação Goiana de Integralização e Reabilitação (AGIR), com a proposta de oferecer qualidade e excelência na reabilitação e readaptação (AGIR, 2019).

De acordo com Arantes e Toassa (2017), na história do CRER em relação à construção da Instituição, é que antes de se tornar este hospital, na localidade era o extinto Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, construído em 1954, esse hospital teve por iniciativa do professor Aduino Botelho, que como chefe do Serviço Nacional de Doenças Mentais, viabilizou verbas junto ao Governo Federal para construção de oito hospitais psiquiátricos no Brasil, incluindo o construído em Goiânia/ GO.

Ainda de acordo com Arantes, Toassa (2017), esse hospital foi desativado e demolido em 1997, devido várias denúncias de irregularidades com que se refere ao tratamento com os usuários, indo totalmente contra os direitos humanos daqueles que

sofrem transtornos mentais. Na área de estacionamento do CRER ainda existem resquícios de um muro do antigo hospital.

Desde sua inauguração, o CRER passou por significativo crescimento da sua estrutura física, saltando de 8.823 m² para 33.275 m² de área construída. O hospital conta com: cinquenta consultórios multiprofissionais; vinte leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto; oito salas cirúrgicas; oito leitos de recuperação pós-anestesia; cento e cinquenta e seis leitos de internação; sete ginásios de reabilitação, quatro piscinas de hidroterapia; centro de diagnósticos; oficina ortopédica e entres outros (AGIR, 2019).

O CRER é uma Instituição pública, que recebe financiamento direto do SUS. É uma entidade de utilidade pública administrado atualmente por uma Organização Social (OS), a Associação Goiana de Integralização e Reabilitação (AGIR).

Segundo Azevedo (1998), as OSs são um modelo de organização não governamental pensada desde 1990, mas que só oito anos depois que esse pensamento virou realidade.

O CRER é um moderno complexo hospitalar que atende, exclusivamente pelo SUS. É a única instituição do Centro – Oeste reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação das pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual. Além de ser, o primeiro hospital do Estado com Certificado de Acreditado Pleno Nível 3 da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (CRER,2019). Sob a gestão da AGIR, o CRER há 18 anos dispõe-se a oferecer qualidade e excelência na reabilitação e readaptação, tendo por modelo base o IRGLM no Canadá. Com equipes multiprofissionais, o CRER tem sido considerado um centro de referência em reabilitação do Estado de Goiás (CRER,2019). Em 2014, foi certificado pela Norma ISSO 9001:2000. Sua idealização teve colaboração do IRGLM que é referência mundial em qualidade e excelência no que diz respeito à reabilitação e readaptação, onde os equipamentos utilizados são fornecidos pelo Estado, assegurado pelo contrato de gestão (AGIR, 2019).

A AGIR, gestora do CRER, foi qualificada como organização social (OS), por meio do Decreto Estadual n° 559/02 (GOIÁS, 2002), nos termos da Lei Estadual n° 15.503/05 (GOIÁS, 2005). Além disso, firmou contrato de gestão com a Secretária de Estado da Saúde (SES), estabelecendo metas e indicadores de qualidade e produção e, assinou um termo de permissão de uso do prédio e dos equipamentos, propriedade do Estado de Goiás, responsabilizando-se por sua adequada manutenção (AGIR, 2019).

Deste modo, a AGIR está de acordo com a designação de Araújo e Albuquerque (2007) sobre as organizações sociais (OS), pois são entidades públicas não estatais,

constituídas como instituições jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, sendo considerada pelo Estado como prestadora de serviços de interesse coletivo, expressos em contrato de gestão (AGIR, 2019).

Desde a data de início de suas atividades, foram realizados mais de quatrocentos milhões de atendimentos (AGIR, 2019). Anteriormente, a assistência à saúde aos doentes na instituição dava-se por meio de convênios, atendimentos particulares e pelo SUS, porém, a partir de outubro de 2012, os atendimentos passaram a ser realizado exclusivamente pelo SUS (CRER, 2019).

4.2 A estrutura física do CRER: reflexões sobre as discrepâncias existentes entre a rede pública e a rede gerida pelas OS

As salas do Serviço Social do CRER são muito bem equipadas com computadores, um sistema operacional organizado para o arquivamento de documentos de caráter reservado, iluminação, ventilação adequada, ar-condicionado, boa limpeza dos banheiros (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p.1).

Essa realidade contrasta com aquela da rede pública de assistência, conforme relatos de alunas estagiárias em outros campos e anotados no Diário de Campo

No Complexo 24/horas/SOS Crianças Desaparecidas o local está precário, não possui ventiladores, os vidros das janelas estão quebrados, o espaço para o atendimento é sempre dividido com a psicóloga, os armários são quebrados e qualquer pessoa tem acesso aos documentos reservados dos atendimentos. (Estagiária 1, Diário de Campo)

Os testemunhos referentes aos demais campos de estágio na rede pública de assistência são semelhantes.

Na Casa Acolhida Cidadã, não é diferente me deparei com uma situação pior, no local não tem ventiladores, é abafado, cheira mal, a limpeza era feita por uma diarista contratada, mas, foi mandada embora devido a verba ter sido cortada pelo governo, o banheiro da sala da assistente social não tem porta, não tem material para escritório, o espaço não está adequado para o arquivamento de documentos de caráter reservado, qualquer pessoa tem acesso (Estagiária 2, DIÁRIO DE CAMPO, 2019,p.2).

A precariedade dos espaços ocupacionais encontrados pelos estagiários em instituições da rede pública divergia com o cenário encontrado CRER. A partir dessa situação buscou-se uma resposta para tais situações. Segundo o Art.2º da

Resolução CFESS nº493/2006,

O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

- a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;
- b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;
- c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;
- d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

As situações contadas pelas estagiárias contrariam o art.2º da Resolução CFESS nº493/2006, ao expor as precárias condições estruturais das instituições citadas, evidenciando as dificuldades financeiras, a falta de material de expediente, não oferecendo o mínimo de conforto e até mesmo de higiene. Constata-se, portanto, uma desresponsabilização do Estado e das instituições empregadoras, no tocante ao desenvolvimento do trabalho profissional.

Trata-se de constrangimentos vivenciados diariamente pelos assistentes sociais, que os remetem à subordinação e a vigilância institucional, na medida em que são os empregadores que determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder, interferem nas condições em que operam os seus atendimentos, definem e delimitam a sua atuação, estabelecendo limites à realização do seu trabalho (IAMAMOTO, 2007 apud FAERMANN; MELLO, 2016, p.104).

Contudo, ainda que a profissão esteja condicionada a fatores estruturais, conjunturais e institucionais que ultrapassam a vontade dos seus agentes, também é fruto e expressão dos sujeitos que as constroem cotidianamente.

Portanto, mesmo sob condições historicamente determinadas, que independem de sua vontade, são os homens que fazem a história (MARX; ENGELS, 1998), daí exercerem papel fundamental na construção, manutenção e transformação da sociabilidade, ou no que Lukács (1997) chama de transformação da pura causalidade posta (LUKÁCS, 1997; MARX; ENGELS, 1998 apud FAERMANN; MELLO, 2016, p.112).

Passou-se à investigação da seguinte questão: por que dispunha o CRER de uma boa estrutura material, enquanto as instituições da rede pública eram desprovidas de condições estruturais?

O contrato de gestão, instrumento de mediação entre contratado (OS) e contratante (poder público), define um conjunto de compromissos entre as partes. Em relação ao contratante, fixa os valores e formas de repasse dos recursos necessários ao desenvolvimento das atividades da OS. No tocante ao contratado, estabelece os objetivos e metas a serem alcançados durante um período de tempo (normalmente o ano fiscal) e informa sobre indicadores a serem utilizados para avaliar o cumprimento dessas metas, bem como a frequência com que essa avaliação será feita. Em Goiás, ela é realizada a cada seis meses (BARBOSA; LIMA; TRINDADE; DIAS; CASTRO; SANTOS, 2015).

A AGIR, gestora do CRER, foi qualificada como organização social (OS), por meio do Decreto Estadual nº 5591/02 (GOIÁS, 2002), nos termos da Lei Estadual nº 15.503/05 (GOIÁS, 2005). Firmou contrato de gestão com a Secretária de Estado da Saúde (SES), estabelecendo metas indicadores de qualidade e produção e assinou um termo de permissão do uso do prédio e dos equipamentos, propriedade do Estado de Goiás, responsabilizando-se por sua adequada manutenção (AGIR, 2019).

O objetivo geral do Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO, na cláusula segunda do objetivo, no item 2.2 que diz o seguinte,

O objetivo geral da contratação é consolidar a identidade do CRER como Centro de Referência na prestação de serviços de atenção a saúde, na área de reabilitação no Estado de Goiás, em função da atuação multidisciplinar e integralidade dos cuidados em reabilitação, em consonância com as políticas estaduais do SUS, as redes de atenção conformadas pela SES/GO, bem como a programação pactuada e integrada da atenção e seus fluxos de referência e contra-referência;

O objetivo citado deixa claro a importância em preservar a identidade da instituição CRER como centro de referência ao prestar seus serviços de atenção a saúde na área de reabilitação no Estado de Goiás com o olhar direcionado para as políticas do SUS, garantindo assim o que a seguir no item 2.4, da Cláusula Segunda – Do Objetivo, será confirmado,

A finalidade do Contrato de Gestão deverá ser executada de forma a garantir: eficiência, eficácia e efetividade, garantindo o atendimento aos usuários do SUS no CRER.

Na cláusula terceira – Das Obrigações, no item 3.1.4 a AGIR (OS gerenciadora da instituição CRER) compromete-se,

O atendimento aos usuários do SUS na Unidade será executado de forma a:

- a) garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde prestados;
- b) garantir a integralidade da assistência dentro da sua capacidade instalada;
- c) implementar a Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento com Classificação de Risco;
- d) garantir a resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- e) alcançar elevados índices de satisfação, conforme indicadores de qualidade dos serviços;
- f) promover a gestão hospitalar baseada em sistema de metas e medida por indicadores de desempenho e qualidade;
- g) garantir requisitos e buscar as habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde- MS;
- h) buscar certificação de qualidade. (DIÁRIO DE CAMPO,2019, p.15-16).

Passando à questão relativa à estrutura física do hospital a resposta para a indagação da pesquisa aparece no Contrato de Gestão nº123/2011 – SES/GO celebrado entre o Estado de Goiás, por meio da Secretária de Estado da Saúde SES/GO e a Associação de Integralização e Reabilitação – AGIR:

Na cláusula terceira – Das Obrigações

3.1. A AGIR compromete-se a:

3.1.2 Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Unidade, objeto do presente Contrato, por meio do desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da Unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos e medicamentos necessários à garantia do seu pleno desenvolvimento.

Na cláusula nona – Dos Bens Públicos

9.1. Os bens públicos necessários ao cumprimento do presente serão destinados à AGIR mediante celebração de TERMO DE PERMISSÃO DE USO, cabendo à AGIR a perfeita manutenção desses bens.

No Anexo VII – Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

Cláusula Primeira-

1.1. O presente Instrumento tem por objetivo ceder e permitir o uso, gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens anexo a este termo.

No Anexo VIII – Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel

Cláusula Primeira-

1.1. O presente Instrumento tem por objetivo cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Av. Vereador José Monteiro, nº 1655, Setor Negrão de Lima, CEP 74.653.230, no Município de Goiânia – GO, onde funciona o CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER; localizado no Município de Goiânia – GO (AGIR,2019).

As vantagens garantidas no contrato celebrado entre a parceria do Estado de Goiás, Secretária de Estado da Saúde/SES-GO e a AGIR, OS gestora do CRER dada à mesma para cumprir seu compromisso (que é de organizar, administrar e gerenciar a instituição) condições que são claras no que diz respeito ao apoio do Estado colocando à disposição equipamentos e espaço, portanto, é descabido fazer uma comparação aos

procedimentos de gestão adotados pela administração pública e direcionados para outros locais que também são da rede pública, uma vez que está evidente que a AGIR pode contar com a potencialização por parte dos recursos do Estado, possibilitando ganhos de produtividade para a OS no que diz respeito a apresentação de metas alcançadas.

Para que essas melhorias se generalizem para os demais setores da rede pública é preciso incrementar a capacidade de gestão e isso implica na eficiência do uso de recursos, na adoção dos mecanismos de controle por parte do setor público como: a implantação de uma cultura de monitoramento e avaliação de resultados, metas quanto ao uso de recursos, flexibilizar o sistema de aquisição de bens e serviços no sentido de agilizar a compra de insumos.

O Estado, em vez de, repassar os recursos para a OS, potencializaria instituições como essas citadas no início do capítulo, obtendo assim um melhor resultado na prestação de serviço melhor, com velocidade maior e provavelmente custo menor. Ficou claro que não é a AGIR que estrutura o local e nem disponibiliza equipamentos para o CRER, é o Estado o dono da estrutura física (prédio), e dos equipamentos, ou seja, ele é o potencializador da AGIR.

Nesse sentido, desvirtua o papel do Estado insistindo em um discurso de Estado mínimo, propondo de transferir a responsabilidade do que é de administração pública, sendo ele na verdade o financiador, contribuindo assim para a mercantilização das políticas públicas. Nesse sentido, trata-se de desvio de recursos do setor público para o privado, um clássico exemplo de política neoliberal.

Neste mesmo capítulo ao relatar sobre a estrutura física do CRER de como a instituição disponibiliza de equipamentos e acomodação predial em bom estado, o que foi o suficiente para promover grande inquietação e reflexão do: Porque que tal estrutura era possível nesta instituição, e nos outros locais relatados acima pelas estagiárias eram totalmente desprovidos de condições estruturais?

4.3 Cortes orçamentários e o Decreto nº 9.637/98

Observando a gestão da AGIR (OS gerenciadora da instituição CRER), é importante ressaltar que: “o que está ruim pode piorar”. É de se refletir sobre o contexto da instituição CRER, mais especificamente sobre a transição da mudança de governo de Marconi Perillo (2011-2018), para o então atual governo de Ronaldo Ramos Caiado (2019 a atualidade), ano este no qual inicia-se a realização do estágio curricular obrigatório

2019/1 nessa instituição, foi possível observar os impactos causados por essa mudança percebida no sucateamento do espaço físico, com retirada de materiais dos ambientes de internação.

Evidenciou-se que, mesmo sendo o CRER administrado por uma organização social que passou por todos os critérios de avaliação exigidos pelas legislações, cabe ao vigente chefe do Executivo do Estado ser o responsável por garantir a execução das atividades enquadradas na Lei 9.637/98, que prevê as normas para a habilitação das OS(s) (BRASIL, 1998).

Foram constatadas divergências no que diz respeito às normas previstas nas legislações e o compromisso firmado pela OS gestora do CRER.

O GOVERNADOR ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, considerando a necessidade de implementar política de contenção de despesas correntes e de capital, tem em vista as restrições orçamentárias e financeiras que a atual conjuntura econômica impõe, para manter o equilíbrio das contas públicas e cumprir os limites fixados pelas Lei de Responsabilidade Fiscal (DECRETO,2019).

O Decreto nº9. 376, de Janeiro de 2019,

Estabelece medidas de contenção de gastos com pessoal e outras despesas correntes, no âmbito da administração direta, autarquia e funcional do Poder Executivo e empresas estatais dependentes.

Logo após o decreto 9.376/19 entrar em vigência, as demissões na instituição CRER foram gerais. Atingiram não só o administrativo e funcionais com atuação direta com o público, bem como os médicos e enfermeiros, estas em destaque, pois que prejudicou o número e a qualidade dos atendimentos aos usuários, provocando um descontrole gigantesco na fila de espera – que já passava por problemas referentes a esse quesito, em consultas e tratamentos já iniciados.

Ocorreram cortes de gastos nos insumos. Pode-se ouvir nos corredores muitas reclamações devido a carga de trabalho ter aumentado para os que permaneceram trabalhando na instituição (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p. 23-24).

Na internação houve a demissão da assistente social e a não substituição imediata por outra e sim a substituição de uma das assistentes sociais do ambulatório ocupando a vaga. Na época no ambulatório que é onde estão as salas reservadas para o atendimento do Serviço Social haviam quatro assistentes sociais respondendo as demandas que ali

chegavam (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p. 23-24).

Ao observar o atendimento dado pelas assistentes sociais no ambulatório local dentro da instituição que cumprimos estágio, pude presenciar um a quantidade de usuários do CRER que foram buscar o Serviço Social para reclamar da longa espera na chamada para consultas, e também pela falta de médicos que antes faziam o atendimento nas especialidades, a exemplo do psiquiatra e do neurologista.

Os primeiros a serem atingidos foram os trabalhadores e os usuários da instituição muitos vão desistir de tanto esperar, pois a média de espera nesse momento era de um ano para conseguir uma consulta no CRER.

Com o evento do Decreto nº 9.376/19, foram realizadas novas análises nos mais variados setores, dentre os quais as licitações, porém, aqui o foco é apenas nos contratos em vigor, e em especial no contrato da AGIR, reavaliando sua essencialidade e economicidade, nesse contexto o governo vigente está legalmente apoiado para fazer as adequações nos cortes e metas de sua conveniência, justificando-se na crise econômica pela qual o Brasil atravessa (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p. 23-24).

As adequações decorrentes das novas análises atingiram não a OS AGIR, mas sim os trabalhadores e os usuários do CRER.

No Art.2º Deverão ser objeto de nova análise por parte de cada órgão e entidade:

II- os contratos em vigor, para reavaliação de sua essencialidade e da economicidade da contratação.

Art.2º - §1º Após a reavaliação a que se refere o inciso II do art.2º deste Decreto, o órgão ou entidade iniciará, imediatamente e na forma da lei, a renegociação dos contratos vigentes, com vistas à redução dos preços contratados, não podendo destas ações resultar:

I- aumento de preços;

II aumento de quantidade;

III- redução de qualidade de bens e serviços;

IV- outras modificações contrárias ao interesse público.

Ao fazer uma relação do que está posto no inciso IV com a realidade do CRER, a OS AGIR não poderá fazer nenhuma modificação contrária ao interesse público. Veja-se que não é do interesse público que o usuário do CRER, em pleno tratamento com um médico neurologista, venha sem aviso prévio, saber que seu tratamento será interrompido devido à instituição não disponibilizar nem do médico e nem de um outro que o substitua, tudo por tempo indeterminado.

É de se observar que, com o objetivo de economizar energia elétrica, a estrutura da internação hospitalar foi sucateada para receber os usuários, sendo retirados frigobares, televisores e ares-condicionados.

Essa é a atual realidade do CRER gerenciada pela AGIR, essa mesma financiada pelo Estado, e potencializada pelo Estado no que diz respeito à disponibilização da estrutura física e dos equipamentos, e que em seu contrato de gestão nº123/2011 – SES/GO, na Cláusula Segunda – Do Objetivo, no item 2.4, garante eficiência, eficácia e efetividade, garantindo excelência no atendimento aos usuários do SUS no CRER.

Mesmo havendo a readequação, ou seja, a redução do valor do repasse mensal para a AGIR, o respectivo decreto citado proíbe no inciso “IV – outras modificações contrárias ao interesse público.” (DECRETO, 2019).

Ainda nos chamou à atenção, ao lermos o 9º ⁷Termo Aditivo - já readequado para o governo de Ronaldo Caiado a partir de 2019 – (o 8º Termo Aditivo era então ainda da administração do governo de Marconi Perillo e portanto foi feita a readequação de um para o outro.

Essa readequação nada mais é do que a renegociação dos valores com vistas à redução dos preços contratados, porém, não podendo dessas ações resultar a redução da qualidade de bens e serviços, e também qualquer modificação que pode denegrir o interesse público (9º TERMO ADITIVO, 2019).

Contudo, posteriormente presenciaram-se vários acontecimentos que levavam ao descumprimento das ações por parte de AGIR, causando a insatisfação geral dos usuários do CRER pela falta de atendimento, dentre elas as demissões sem a imediata substituição de médicos, essa postura requer uma intervenção por parte do parceiro público o Estado, que a qualquer momento poderá pedir a rescisão do contrato, porém, o Estado se mostra neutro, sem ação, diante dos ocorridos na instituição CRER.

Essa postura denigre também os princípios basilares da Administração Pública, uma vez que o Estado em nome do interesse público garanta as condições que assegurem o acesso aos serviços da rede pública.

Diante desta conjuntura o Estado de Goiás através do Decreto nº 9.376/19 justifica-se pela atual conjuntura econômica, que tal medida apresentou-se necessária para manter o equilíbrio das contas públicas e para cumprir os limites fixados pela Lei de Responsabilidade Fiscal (DECRETO, 2019).

Esperava-se portanto que as atividades permanecessem dentro das exigências, porém na prática, viu-se medidas que afetaram o quadro de funcionários, desequilíbrio das

atividades de atendimento exercidas pela unidade e insatisfação do público usuário diante de adiamentos e falhas nos acompanhamentos.

O 9º Termo Aditivo Cláusula Terceira – Da Prorrogação

3.3 Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente ajuste se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades, assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito em ampla defesa.

No preâmbulo do Decreto nº 9.376/19,

Estabelece medidas de contenção de gastos com pessoal e outras despesas correntes, no âmbito da administração direta, autarquia e funcional do Poder Executivo e empresas estatais dependentes.

O decreto tenta se justificar na medida em que a atual conjuntura econômica demanda a implementação de uma política de contenção de despesas correntes e de capital, e aplica medidas necessárias para o controle e a redução dos gastos tais como: telefone, água, energia, internet, combustível entre outros, com a finalidade de promover economia e o “bom uso”, o que salta aos olhos não sejam estes os cortes que vão gerar a economia que o governo necessita.

A saúde pública que já é precária, historicamente não promoverá “bom uso” dos saldos e de cotas liberadas (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p. 27).

Com as determinações deste, compreende-se que as prorrogações sofrerão duros retrocessos, que é o que mostra a Cláusula Quinta – Da Readequação do Valor do Repasse Mensal do 9º Termo Aditivo do Contrato de Gestão 123/2011 prorrogado a partir de março de 2019 (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p. 27).

Consoante estas observações, constatou-se pelas pesquisas a presente realidade da instituição CRER, como já está relatado das demissões e o sucateamento sofrido na instituição, da reclamação dos usuários que são intermináveis e variadas, da reclamação dos funcionários que restaram ali, sobre a carga de trabalho ter aumentado devido terem que dar conta da demanda dos postos de trabalhos vacantes. O que vale ressaltar e que seja relevante, é sobre a real intenção das demissões por parte da AGIR, é a abertura de novos processos seletivos buscando no mercado de trabalho trabalhadores com salários mais baixos, contribuindo dessa forma para a precarização do trabalho (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p. 27-32).

4.4 Princípios Basilares da Administração Pública CF/88.

Observando a dinâmica estabelecida dentro da unidade de atendimento em estudo busca-se compreender e questionar onde e que papel está exercendo o Estado, quando diante do processo de fiscalização, e queixa de usuários age passivamente diante da precarização e sucateamento do serviço de saúde pública que se presta no CRER. Diante de tais situações, fomos levados a buscar justificativas.

Os princípios basilares da administração pública os quais se verificam na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo VII – Da Administração Pública especificamente em seu Art.37, “caput”, que assim estabelece:

“A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:[...]”

É nos termos dos princípios da impessoalidade e moralidade que encontramos a justificativa mais adequada para o que deparamos no estágio realizado no CRER (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p.32).

A impessoalidade é um princípio que obriga a administração em sua atuação, a não praticar atos visando aos interesses pessoais ou subordina-se à conveniência de qualquer ação incoerente aos princípios de interesse público, está sim, direcionada a atender aos ditames legais e essencialmente de interesse sociais (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p.32).

O agente público deverá sempre atuar de forma objetiva, imparcial e neutra, com olhos voltados à finalidade pública precípua a que se propõe, ou seja, o interesse coletivo (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p.32).

Segundo o Art.37 da C/F88 em seu parágrafo primeiro o princípio da moralidade atribui ao administrador e agente público, a obrigação de atuar com moral, ética, boa-fé e lealdade.

De acordo com (Di Pietro,2002),

“Em resumo, sempre que em matéria administrativa se verificar que o comportamento da Administração ou do administrado que com ela se relaciona juridicamente, embora em consonância com a lei, ofende a moral, os bons costumes, as regras de boa administração, os princípios de justiça e de equidade, a ideia comum de honestidade, estará havendo ofensa ao princípio da moralidade administrativa (DI PIETRO,2002,p.79,op.cit.In.Os princípios basilares da

administração pública, Marcos Rek, 2013,p.2,artigo)".

Nota-se que muitas vezes o ato vindo da Administração esteja adequado ao que se estabelece determinada lei, contudo, mesmo assim vão apresentar traços discrepantes dos princípios (DIÁRIO DE CAMPO, 2019, p.32).

A respeito, Gasparini cita que “o ato e a atividade da Administração Pública devem obedecer não só a lei, mas a própria moral, por que nem tudo que é legal é honesto, conforme afirmavam os romanos (GASPARINI, 2003, p.09)”.

Imprescindível acrescentar que, a C/F88 em seu Art.5º, inciso LXXIII, apresenta a ação popular como remédio constitucional a impugnação de quaisquer atos lesivos ao patrimônio público e a moralidade pública administrativa, como segue:

qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e de ônus de sucumbência (CF/88,Art.5º,inciso LXXIII).

Assim, caracterizada a imoralidade praticada por qualquer agente público em qualquer esfera da Administração, poderão ser aplicadas aos responsáveis, além de outras sanções, as penalidades estabelecidas na Lei Federal nº8.429/92.

4.5 Do Ideário do Estado Mínimo

Diante dos fatos apontados é possível observar que a mercantilização das políticas públicas se apresentam como mecanismo de fundamentação do Estado Mínimo, sendo a terceirização da administração pública nas unidades de atendimento a população de baixa renda uma cortina para as verdadeiras intenções da política neoliberal que se estabeleceu no Brasil.

Vê-se que o Estado permite que as unidades sob sua administração permaneçam em condições precárias buscando justificar a necessidade das OS, para exercer tais funções, porém emprega nessas unidades administradas por organizações duas vezes mais verbas, verbas estas que podem ser reguladas de maneira responsável e levando qualidade tanto no imóvel quanto dos bens públicos das demais unidades sob sua responsabilidade.

Desde 2016 com mudanças na política de Estado, as políticas públicas vem

sofrendo sucateamento de sua manutenção, com a PEC teto dos gastos, emenda Constitucional nº 55, cuja função é promover cortes nas despesas do Estado, observou-se um direcionamento acirrado sobre os investimentos em setores como educação, saúde e previdência social, tornando a manutenção de algumas políticas públicas engessadas.

É necessário refletir este posicionamento do Estado e buscar por meio do movimento social a manutenção dos direitos primários e garantidos na Constituição/1988. Políticas de cunho neoliberais promovem aumento das desigualdades sociais, precarização dos serviços públicos e deslustrando o funcionalismo público.

O ideário do Estado Mínimo apenas aponta a manutenção de uma classe capitalista, deixando de atender as qualidades mínimas à sociedade cuja classe se funda a 90% de proletariados, classe cujos direitos foram atacados com uma enganosa política de que os serviços privados compreendem melhor qualidade, porém com renda tão baixa não conseguem ter o acesso a estes tais serviços. Portanto, torna-se infundada tal argumentação, devendo para isso rever tais posicionamentos políticos e restaurando a importante função dos serviços sociais, que atendem a população nos mais diversos campos do conhecimento.

Percebe-se a necessidade do Estado em todas as instâncias – União, Estados e Municípios, converterem os investimentos em suas unidades de saúde, de maneira igualitária para que o acesso aos serviços públicos se tornem de qualidade para os usuários e dignos aos servidores públicos que se encontram trabalhando em condições e ambientes precários e sucateados. Tal descaso desencadeia sintomas crônicos nos sistemas de saúde, adoecimento dos servidores e descredito dos usuários quanto aos serviços oferecidos pelo Estado.

Convém apropriar-se dos serviços públicos como dever do estado e cobrar deste que exerça sua função política, manutenção da sociedade que o compõe. As OS, podem ter dificuldade de exercer também suas funções contratadas quando passam por processo de transição política, pois na sociedade brasileira prevalece política de governo, normalmente rompida a cada quatro anos, essa característica afetam não só a execução de uma política social, mas também sua constância, prevalecendo uma marginalização dos serviços sociais e camadas da sociedade.

Os impactos do uso das OS, nas administrações de serviços públicos são percebidos na sobrecarga funcional dos trabalhadores CLT e na diminuição de alguns elementos da função de atendimento, equipamentos e etc, quando estes são atingidos pela política de responsabilidade fiscal.

5 Considerações Finais

Por meio do estudo foi possível observar que a política neoliberal permeia as ações do Estado que promove a desqualificação e o descredenciamento das políticas públicas, sejam elas nas áreas da educação, saúde, previdência social. São notáveis a tentativa dos discursos políticos em retirar do Estado a importante função e responsabilidade de manter o desenvolvimento social que se dá pela qualidade da saúde e educação.

A presença de OS no sistema de saúde descreve um conjunto de medidas que mostram má administração dos recursos públicos, retrato este que pode ser observado pela insatisfação dos usuários, descridibilização da função estatal de exercer os fundamentos determinados na CF/88:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; I

V - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 1988)

O seguimento estratégico político de manutenção dos interesses de mercado promovem o agravamento das desigualdades sociais, que se dão não apenas pelo contexto econômico, mas nas demais áreas de atividade do sujeito, difícil acesso a saúde, à educação e agora a um sistema de aposentadoria. Vê-se portanto a necessidade de um debate social acerca das linhas tomadas pelo Estado para atender as necessidades sociais, é importante compreender que cada indivíduo é um sujeito ativo na construção e permanência de uma sociedade justa, os direitos das classes devem ser mantidos para que se continue desenvolvendo.

A precarização da saúde é um agravante e demonstra um atraso às lutas que tornaram possível a construção de sistema único de saúde – SUS que pudesse atender a população de baixa renda agora marginalizada dentre as diversas áreas de sua vida cotidiana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGIR, **Empresa Organização Social, operadora dos serviços de saúde na unidade CRER**. GOIÁS. Disponível em:

AGIR – **ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO**. Disponível em: , [acesso em 06/06/2019]

AGIR – **ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO**, Disponível em: , [acesso em 05/06/2019].

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. / Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Ricardo José Soares Pontes; Tomaz Martins Junior / Revista Panamericana de Saúde Pública, v.8, p.85-91, 2000. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000_v8n1-2/85-91/Pt/.

BEHRING, E. R. **Política social no contexto da crise capitalista**. In: _____. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.302-321.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI I. **1. Política Social: fundamentos e história**. 9° ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. / Ivonete Boschetti / 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S. [et al], (organizadoras). **Saúde e Serviço Social**. / Maria Inês Souza Bravo / 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Cortez, 2006.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 493**, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília, 2006. [acesso em 07/03/2020].

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, 41 ed., Cortez, 2014.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

COLMÁN, E. **O que é o Serviço Social?** Vigência de um “velho problema e desafio para a formação profissional”. / Evaristo Colmán / In: *Serviço Social em Revista*. V. 1, n. 1- jul/dez. Londrina: Ed. UEL. 1998. p. 14-22.

FAERMANN, L. A.; MELLO, C. C. V. **As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais.** / Lindamar Alves Faermann; Cássia Camila Val de Mello. Texto e Contextos, Porto Alegre, v.15, n.1, p.96-113, jan./jul.2016, [acesso em 07/03/2020].

GOIÁS, S. E. C. C. **Decreto nº 9.376**, de 02 de janeiro de 2019, Disponível em: , [acesso em 05/06/2019].

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** / José Paulo Netto / 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** / José Paulo Netto / 8 ed. São Paulo: Cortez, 2005

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas & questões.** / Potyara A. P. Pereira / São Paulo: Cortez, 2008 a.

SARRETA, F. O. **O trabalho do Assistente Social na saúde.** El trabajo del Assistente Social en la Salud. / Fernanda Oliveira Sarreta / CIÊNCIA ET Praxis. V.1, N.2, (2008).

SANTOS, J. S. **“Questão Social” particularidades no Brasil.** / Joseane Soares Santos / Biblioteca Básica do Serviço Social, v.6. São Paulo: Cortez, 2012.

STEIN, R. H. **A Descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (Revisão teórico-conceitual).** / Rosa Helena Stein / In: Revista Serviço Social & Sociedade. 1997. n. 54, ano XVIII. p. 75-96.

ANEXO

9º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 123/2011 – SES/GO

CONTRATO DE GESTÃO 123/2011 – SES/GO

DECRETO Nº 9.737, DE 27 DE OUTUBRO DE 2020