

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONOMICO (CSE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
(PPGSS)**

Edinaura Luza

**ESTADO E SOCIEDADE CIVIL EM TEMPOS DE
CONTRARREFORMA: LÓGICA PERVERSA PARA AS
POLÍTICAS SOCIAIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Ivete Simionatto.

Florianópolis
2011



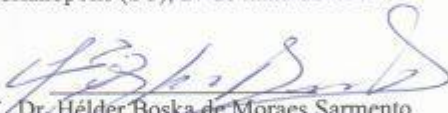
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Edinaura Luza


**ESTADO E SOCIEDADE CIVIL EM TEMPOS DE
CONTRARREFORMA: LÓGICA PERVERSA PARA AS
POLÍTICAS SOCIAIS**


Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de "Mestre em Serviço Social", e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis (SC), 27 de maio de 2011.


Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:


Prof.ª, Dr.ª Ivete Simionatto – Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC


Prof.ª, Dr.ª Miriam Thais Guterres Dias – Membro Externo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – URS


Prof.ª, Dr.ª Regina Célia Tamasso Miotto – Membro
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Aos meus pais, Evaristo e Ivanete, e ao meu irmão, Bernardo, pelo apoio incondicional.
Ao meu noivo, Rudimar, pela presença carinhosa e intensa, mesmo em minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

“Que bobagem falar que é nas grandes ocasiões que se conhece os amigos! Nas grandes ocasiões é que não faltam amigos. Principalmente neste Brasil de coração mole e escorrendo. E a compaixão, a piedade, a pena se confundem com amizade. Por isso tenho horror das grandes ocasiões. Prefiro as quartas-feiras”.

Mario de Andrade

Certamente, Mario de Andrade incita aqui à reflexão acerca de quem esteve concretamente junto nesta trajetória exigente, desafiadora, instigadora. Portanto, é fundamental tecer alguns breves e singelos agradecimentos, cujas palavras e frases que os compõem talvez ainda não consigam expressar a real descrição das relações e vínculos fortalecidos e construídos.

Aos meus familiares, que acreditam nos sonhos que tenho, tanto quanto eu.

Ao Rudi – ex-colega de ensino médio, amigo, namorado, melhor amigo, noivo, pela relação divertida, madura, gostosa de ser vivida, a qual tem contribuído grandemente para meu fortalecimento diante dos desafios cotidianos, profissionais, societários.

À Dona Onilda, Sr. Balduino, Jucemar, Claudimar, Evelin, Nicolas, pelos momentos revigorantes.

Aos amigos que deixei distantes, geograficamente, ao optar por este mestrado: Edu, Josi, Cezar, Lena, Flavio, Thiago, Lilian, Juliano, Jussi e Dudu; mas que permanecem presentes por meio dos esperados reencontros, das ligações, recadinhos de apoio e das fotografias separadas em infindáveis álbuns eletrônicos.

À minha turma de mestrado: a melhor turma de todos os tempos.

Às amigas decorrentes de minha turma de mestrado: Fabi, Jaque, Mari, Cris, Rizi e, especialmente, Rô, por ter me acolhido nesta linda cidade, Florianópolis, fazendo-se presente nas horas felizes e também de dificuldade.

Aos membros da minha turma de mestrado com os quais compartilhei o desafio de movimentar a representação discente no âmbito do Colegiado e Comissões do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, de uma

forma ética, política, crítica e na perspectiva da construção democrática. Este foi um espaço demasiadamente importante, vivo e intenso no âmbito de minha formação profissional.

Ao CRESS 12ª Região, pelas experiências de crescimento oportunizadas. E, remetendo-me a este espaço, registro meu carinho à Cris, Maia, Dolores, Juliana, André, Lúcia, Fátima, Tânia, Camila e outros colegas de trabalho e conselheiros com quem tenho compartilhado desafios, embates, lutas, construções e vitórias no contexto da defesa e valorização do exercício profissional dos assistentes sociais, tendo em vista a materialização do projeto ético-político.

À querida Cláudia, pela amizade que nasce com a identificação quanto a conceitos, ideologias e percepção de sociedade.

À Laka e ao Joe, pelo apoio nas questões cotidianas.

À colega Aline que, mesmo em sua pouca idade, tem se mostrado compreensiva e acolhedora.

À colega de profissão, Sabrina, pelo apoio na transcrição das entrevistas realizadas em virtude da pesquisa de campo; a ela que já vem apoiando meus feitos desde a graduação.

Às mestres que me acompanharam no decorrer da graduação em Serviço Social e especialização em Gestão Social de Políticas Públicas na Universidade Comunitária da Região de Chapecó e que reconheceram intensamente meu ingresso neste mestrado na primeira colocação.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade viabilizada; ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, na pessoa do Prof. Hélder, pela busca constante da consolidação de uma gestão na perspectiva democrática; e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida até meu ingresso no CRESS 12ª Região, por meio de concurso público do Conjunto CFESS/CRESS.

E, com especial carinho, à Prof. Ivete, pelo comprometimento, dedicação, paciência, respeito e intensa PRESENÇA em minha trajetória acadêmica no âmbito do mestrado. Sua orientação foi, de longe, o maior ganho. É, com toda a certeza, no cerne de minhas intenções profissionais, minha principal referência. Meus mais sinceros e profundos agradecimentos!

Assim como não se julga um indivíduo pela idéia que ele faz de si próprio, não se poderá julgar uma tal época de transformação pela mesma consciência de si; é preciso, pelo contrário, explicar esta consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção.

(Marx, [1987] 1983)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar os desdobramentos da "reforma" do Estado brasileiro no campo das políticas sociais e as formas de relação entre Estado e sociedade civil decorrentes desse processo na esfera municipal. Aborda a política de saúde e de assistência social no município de Chapecó – localizado na região Oeste de Santa Catarina (SC), em relação ao desenho institucional e à perspectiva da gestão e execução, situando a relação estabelecida com a esfera pública não-estatal e privada, os marcos legais, os mecanismos institucionais estabelecidos entre Estado e sociedade civil e seus fundamentos ideológicos e políticos. Os procedimentos metodológicos adotados compreenderam a pesquisa qualitativa documental e de campo e a análise dos dados a partir do movimento crítico-dialético. A análise identifica o redirecionamento das práticas do Estado, no âmbito das políticas sociais, mediante a introdução dos princípios gerenciais e a descentralização de ações para as organizações públicas não-estatais e privadas. A sociedade civil é tomada pela perspectiva neoliberal e distanciada do campo de lutas e construção de novas hegemonias, apresentando-se em acordo às orientações dos organismos internacionais e integrantes da contrarreforma do Estado. Os resultados desta investigação evidenciam e reafirmam que a contrarreforma do Estado continua em curso por meio de estratégias prático-políticas de repasse de funções públicas para a sociedade civil, especialmente, no campo das políticas sociais, provocando, ao mesmo tempo, a sua despolitização enquanto terreno de luta de classes.

Palavras chave: Estado, sociedade civil, políticas sociais, contrarreforma do Estado brasileiro.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the consequences of "reform" of the Brazilian State in the field of social policies and forms of relationship between state and civil society resulting from this process at the municipal level. Covers health policy and social welfare in Chapecó - located in the Western region of Santa Catarina (SC), regarding the institutional design and implementation and management perspective, placing the relationship established with the public sphere and private non-state , legal frameworks, the institutional arrangements between state and civil society and its ideological and political. The methodological procedures included qualitative research and field documentation and analysis of data from the critical-dialectical movement. The analysis identifies the redirecting of state practices in the context of social policies through the introduction of management principles and decentralization of actions for public non-governmental and private. Civil society is taken by neo-liberal perspective and distanced the field of struggle and construction of new hegemonies, performing in accordance with the guidelines of international organizations and members of counter reforms of the state. The research results demonstrate and reaffirm that counter reforms of the state is continuing through practical and political strategies of transfer of public functions to civil society, especially in the field of social policies, provoking at the same time, while the depoliticization terrain of class struggle.

Keywords: state, civil society, social policies, counter reforms of the Brazilian state.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização da pesquisa de campo: entrevistas realizadas.....	57
Quadro 2 – Demonstrativo da pesquisa documental: documentos consultados.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AMOSC – Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APAS – Associação dos Profissionais dos Assistentes Sociais do Oeste de Santa Catarina
ASDI – Ação Social Diocesana
BM – Banco Mundial
CAP's AD – Centro de Atenção Psicossocial a usuários de substâncias psicoativas
CCI – Centro de Convivência do Idoso CL Aurino Mantovani
CEDEPS – Centro de Estudos e Projetos em Educação, Cidadania e Desenvolvimento Social
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CETER – Centro Terapêutico Dilso Cecchin
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIS-AMOSC – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste Catarinense
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNSM-I – Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRER – Centro de Recuperação Reviver
CSE – Centro Sócio-Econômico
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DEM – Partido dos Democratas
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A.
FAS – Fundação de Ação Social de Curitiba
FASC – Fundação de Ação Social de Chapecó
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIA – Fundo da Infância e Adolescência
FMI – Fundo Monetário Internacional
FUCADESC – Fundação Catarinense de Desenvolvimento de Comunidade

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
GIFE – Grupo de Institutos, Fundações e Empresas
HRO – Hospital Regional do Oeste
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOA – Lei Orçamentária Anual
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MARE – Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NESPP – Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
ONG's – Organizações Não-Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OP – Orçamento Participativo
OS's – Organizações Sociais
OSCIP's – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF – Programa de Atenção Integral à Família
PBDR – Plano Básico de Desenvolvimento Regional
PDG – Programa de Desenvolvimento Gerencial
PET – Programa de Educação Tutorial
PMC – Prefeitura Municipal de Chapecó
PPGSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PPP's – Parcerias Público-Privadas
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RAS's - Regionais de Assistência Social
SASE – Serviço de Atenção à Saúde Escolar
SC – Santa Catarina
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI – Serviço Social da Indústria
SINDPREVS/SC – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal em Santa Catarina
SINDSAÚDE/SC – Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde Privado e Público Estadual

SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Terapia Renal Substitutiva
UCE – União Catarinense de Educação
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNOCHAPECÓ – Universidade Comunitária da Região de Chapecó
UNOESC – Universidade do Oeste de Santa Catarina
VIM – Curso de Vivência Interdisciplinar e Multiprofissional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
1. CRISE DO CAPITAL, OFENSIVA NEOLIBERAL E SUAS REPERCUSSÕES NO ESTADO E NA SOCIEDADE CIVIL.....	33
1.1. Estado, sociedade civil e políticas sociais: o realinhamento frente às novas requisições do capital	33
1.2. A contrarreforma do Estado brasileiro.....	41
1.3. Estado, sociedade civil e políticas sociais na contrarreforma do Estado brasileiro.....	46
2. A CONTRARREFORMA DO ESTADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC.....	55
2.1. Contextualizando o município de Chapecó/SC.....	55
2.2. Gestão e execução das políticas de saúde e de assistência social no município de Chapecó no período entre 1997 e 2004.....	59
2.2.1. Política de saúde: sociedade civil entre o controle social e a esfera pública não-estatal e privada.....	60
2.2.2. Política de assistência social: o caminho da refilantropização.....	71
2.3. As políticas de saúde e de assistência social em Chapecó no período de 2005 a 2010.....	79
2.3.1. Sobre o desenho institucional.....	79
2.3.2. A participação das organizações públicas não-estatais e privadas na gestão e execução das políticas sociais.....	99
2.3.2.1. <i>A política de saúde</i>	99
2.3.2.2. <i>A política de assistência social</i>	112
2.3.3. Os limites da interferência do Estado na execução não-estatal dos serviços públicos.....	123
2.3.4. O controle do Estado sobre a participação da sociedade civil nas políticas sociais.....	127
2.3.5. A avaliação da execução compartilhada das políticas sociais entre Estado e esfera pública não-estatal e privada.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS.....	161
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista I.....	179
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista II.....	181
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista III.....	183

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	185
ANEXO A – Lei Complementar nº 339/2009: Dispõe sobre a organização do Poder Executivo Municipal de Chapecó [Art. 38 – 55 (política de saúde) e Art. 80 (política de assistência social)].....	187
ANEXO B – Relação das parcerias diretas da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó.....	199
ANEXO C – Relação das parcerias indiretas da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó [dadas por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (CIS-AMOSC)].....	201
ANEXO D – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó.....	217
ANEXO E – Relação das parcerias da Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC).....	219
ANEXO F – Lei Complementar nº 229/2005: Cria a Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC), e dá outras providências.....	221
ANEXO G – Organograma da Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC).....	225
ANEXO H – Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética e Direitos Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).....	227

INTRODUÇÃO

O tema das políticas sociais está intrinsicamente ligado às relações entre o processo de acumulação capitalista, o Estado, a sociedade civil e suas expressões em conjunturas históricas determinadas. A abordagem dessa temática remete, portanto, à análise das forças em presença, ao confronto de interesses e projetos que perfilam a arena política e as lutas sociais. Conforme explicita Faleiros (2010, p. 11), o espaço político público é "estruturado pela acumulação capitalista", mas "é também estruturante de políticas na regulação das forças/projetos em presença".

Se o capitalismo monopolista, na sua emergência, tomou as políticas sociais como forma de administração das expressões da questão social e de legitimação do Estado burguês, ao incorporar os interesses e demandas da classe trabalhadora, proporcionou também, a partir do tensionamento das camadas subalternas, a construção de espaços de luta e de contraposição de projetos societários. Se, de um lado, a política social é funcional às exigências da ordem monopólica para o controle e a preservação da força de trabalho, de outro, representa um campo de mediações para o fortalecimento das lutas gerais dos trabalhadores, pelos conflitos dela decorrentes em toda a escala societária (NETTO, 1996).

Segundo Behring e Boschetti (2008, p. 91), a primeira grande crise do capital, acirrada com a depressão de 1929/1932 e, especialmente, com os efeitos da Segunda Guerra Mundial, levou ao reconhecimento da necessidade de regulação estatal para seu enfrentamento. Tal reconhecimento marcou uma mudança substantiva no desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas da Europa Ocidental, conduzindo à ampliação de instituições e práticas estatais intervencionistas, por meio do estabelecimento de políticas keynesianas com vistas a gerar pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal; da instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demanda e ampliar o mercado de consumo; e de um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho – que foi chamado de “consenso do pós-guerra” (MISHRA, 1995): uma aliança entre classes que somente foi viabilizada devido ao abandono, por boa parte da classe trabalhadora, do projeto de socialização da economia. As alianças entre os partidos de esquerda e de direita também asseguraram a aprovação de diversas legislações sociais e a expansão do chamado *Welfare State*, sendo considerado “uma abstração dos

princípios e instituições subjacentes ao Estado-providência inglês do pós-guerra, influenciados pelas ideias de J.M.Keynes e W. Beveridge” (MISHRA, 1995, p. 113).

A defesa de Keynes por um Estado intervencionista foi a expressão intelectual vigente frente à crise do capital, associada às mudanças intensas no mundo da produção, por meio do fordismo, configurando-se na base material para a expansão dos direitos sociais” (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 83).

A partir dos anos de 1970, com a crise do capital no cenário mundial, a relação Estado/sociedade civil/políticas sociais sofreu considerável mudança, que marcou também as décadas subsequentes e incidiu nas esferas social, econômica, política e cultural. Na esfera econômica, o capital monopolista, atingido principalmente pela redução das taxas de crescimento econômico, elevação das taxas de desemprego e aumento das taxas de inflação provocadas pelo esgotamento do padrão fordista-keynesiano, rearticulou-se para enfrentar a nova crise através de estratégias voltadas à retomada do processo de acumulação, tendo como centro a reestruturação produtiva e a consequente reorganização do mundo do trabalho com redução de direitos sociais e trabalhistas. Na esfera política, a crise atingiu inicialmente as bases do *Welfare State* nos países de capitalismo central, questionando as coberturas sociais públicas e, posteriormente, os Estados periféricos, impondo a necessidade de ajustes estruturais e a realização de “reformas” centradas em sua redução e na divisão de suas funções com o mercado e a sociedade civil, atrelando-se aos condicionantes da nova fase de acumulação e mundialização do capital (CHESNAIS, 1996).

O encolhimento das funções do Estado e a demanda pela redução de gastos apoiaram-se na visão privatista da ideologia neoliberal e na necessidade de "liberar a acumulação [capitalista] de todas as cadeias impostas pela democracia" (PRZEWORSKI, 1991, p. 258). Assim, ao lado da desregulamentação do Estado, acentuou-se a valorização da sociedade civil e de suas iniciativas autônomas, sendo tomada como coadjuvante do Estado e desqualificada como espaço de lutas e projetos de classes distintos. Decorre também dessa perspectiva a formação de uma cultura política anti-Estado, desqualificadora do público e fundamentalmente privatista, alterando de forma significativa as relações entre Estado e sociedade civil e, assim, as políticas sociais, que são tensionadas à redução de seu campo de atuação, à focalização em detrimento da universalização propagada no âmbito do *Welfare State*, mediante uma condição diversa imposta frente à nova dinâmica de alocação do fundo público (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Enquanto nos países de capitalismo central e, em algum grau, na América Latina, como foi o caso do Chile, as medidas acima apontadas foram implementadas pela maioria dos governos, no Brasil, na contramão da referida crise, vivia-se a conquista de direitos com a aprovação da Constituição Federal de 1988. Todavia, no início dos anos de 1990, as primeiras medidas para colocar o Brasil alinhado ao novo projeto do capital são apontadas no governo de Collor de Mello, especialmente, quanto à redução e desregulamentação do Estado. Será, contudo, no cerne do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que se concretizarão os projetos reformistas conservadores, sendo a “reforma” do Estado o principal alvo das mudanças. O projeto intelectual da “reforma” elaborado pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, à frente do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE)¹, abarcou mudanças significativas, seja em relação ao chamado “Núcleo Estratégico”, correspondente ao governo em sentido lato; seja em relação às chamadas “Atividades Exclusivas”, setor com poder para regulamentar, fiscalizar e fomentar; e seja em relação aos considerados “Serviços Não-Exclusivos”, correspondentes ao setor onde o Estado atua simultaneamente com organizações públicas não-estatais (também denominadas de terceiro setor) e privadas. Esse projeto vem hoje sendo claramente colocado em prática, redirecionando o papel do Estado no âmbito das políticas sociais por meio da racionalização de gastos, da descentralização de ações para a sociedade civil e para o setor privado.

O tema da “reforma” do Estado, que foi largamente debatido na década passada e início desta e que agrega os elementos introdutoriamente apresentados acima, perdeu fôlego nos espaços acadêmico e político. No entanto, o que era projeto efetiva-se hoje na realidade concreta nos âmbitos nacional, estadual e municipal através do que os autores vêm denominando de contrarreforma, na medida em que implica a perda de conquistas e redução de direitos².

¹ A reforma do Estado do Brasil foi operacionalizada, portanto, através da aprovação pelo governo FHC, em 1995, do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, sendo colocada pelo MARE, ora presidido pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, como condição imprescindível para a retomada do crescimento econômico e melhoria do quadro social do país.

² De acordo com Coutinho (2008, p. 99-100), “a palavra ‘reforma’ foi sempre organicamente ligada às lutas dos subalternos para transformar a sociedade e, por conseguinte, assumiu na linguagem política uma conotação claramente progressista a até mesmo de esquerda. O neoliberalismo busca assim utilizar a seu favor a aura de simpatia que envolve a idéia de ‘reforma’. É por isso que as medidas por ele propostas e implementadas são mistificatoriamente apresentadas como ‘reformas’, isto é, como algo progressista em face do ‘estatismo’ que, tanto em sua versão comunista como naquela social-democrata, seria agora inevitavelmente condenado à lixeira da história”. Para Behring (2008a), a contrarreforma é

Os elementos aqui expostos ganham força e relevância no encaminhamento de investigações em realidades específicas que, embora particulares, possibilitam a visualização das interferências desse processo na gestão e execução atual das políticas sociais. Logo, o objeto da pesquisa em tela centra-se no campo das políticas sociais e das formas de relação entre Estado e sociedade civil numa realidade e particularidade específicas, ou seja, tem como recorte os desdobramentos da "reforma" do Estado brasileiro no atual contexto das políticas de assistência social e de saúde no município de Chapecó – situado na região Oeste de Santa Catarina (SC), em relação ao desenho institucional e à perspectiva da gestão e execução com a participação da sociedade civil, entendida como as organizações públicas não-estatais e privadas, conforme projeto da “reforma”, isto é, situada no âmbito da execução das políticas sociais e afastada do embate e construção de novas hegemonias. Tal investigação situa-se na Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Direitos, Sociedade Civil, Políticas Sociais na América Latina e integra a Linha de Pesquisa Estado, Sociedade Civil e Seguridade Social do Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social (NESPP)³.

Em observação à realidade do município de Chapecó, sobretudo no âmbito da saúde e da assistência social, pode-se perceber os desdobramentos da contrarreforma, especialmente no que se refere à gestão e à execução das políticas sociais com a participação da sociedade civil, subsumida ou reduzida à chamada esfera pública não-estatal (ou terceiro setor) e à iniciativa privada.

Neste sentido, este trabalho é decorrente de pesquisa que buscou responder a seguinte questão: Como se processam os desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no atual contexto das políticas de assistência social e saúde no município de

tomada como categoria analítica para designar que a "reforma" do Estado no Brasil se caracteriza por um forte processo de redução de direitos e regressão das conquistas realizadas pelas classes trabalhadoras.

³ O NESPP foi formado em 1995 e é credenciado pelo CNPq. Considerando a natureza do Serviço Social, a repercussão dos estudos produzidos pode ser apontada em três dimensões: 1) na produção do conhecimento sobre o Estado e a sociedade civil no âmbito dos direitos e das políticas sociais públicas no Brasil e demais países do MERCOSUL; 2) na dimensão da ação profissional mediante a realização de assessorias e consultorias; 3) no fortalecimento das formas organizativas da sociedade civil envolvidas com as lutas em defesa dos direitos sociais e da ampliação da esfera pública. Linhas de Pesquisa: Desigualdade, pobreza e proteção social; Estado, sociedade civil e seguridade social; Formação, exercício profissional e políticas sociais; MERCOSUL, fronteiras e direitos sociais.

Chapecó (SC) em relação ao desenho institucional e à gestão e execução dos serviços com a participação da sociedade civil?. Tal questão, transformada em objetivo geral da pesquisa, desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos: Conhecer e analisar o desenho institucional das políticas de assistência social e saúde no município de Chapecó (SC); Identificar e analisar o processo de gestão e execução das referidas políticas; Identificar as formas e os níveis de participação das organizações públicas não-estatais e privadas na gestão e execução das políticas; Verificar as formas de financiamento (público direto, público indireto e/ou mobilização de recursos privados) inerentes à execução não-estatal das políticas de assistência social e saúde no referido município; Identificar os mecanismos de controle do Estado acerca da execução não-estatal das políticas sociais.

No que tange aos procedimentos metodológicos adotados, vale referenciar que a pesquisa, centrada no desvendamento da realidade, possui a intencionalidade de buscar respostas a questões específicas e gerais e/ou verificar e ampliar conhecimentos previamente elaborados, caracterizando-se pela contínua e permanente reivindicação de aproximação do contexto em estudo, mediante a articulação de conceitos e teorias às informações subjacentes do cotidiano – elementos estes intrínsecos a um processo inacabado. Neste sentido, compreende Demo (1996, p. 34) que a pesquisa, como atividade e atitude cotidiana, requer o “questionamento sistemático crítico e criativo”.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa caracterizou-se como uma pesquisa de ordem qualitativa, haja vista a sistematização de informações substancialmente subjetivas. Neste aspecto, Minayo (2003, p. 21-22) enfatiza que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”.

Sendo assim, faz-se necessário explicitar que a pesquisa contou com dois momentos específicos: pesquisa documental e pesquisa de campo. Ambas tiveram como *locus* o município de Chapecó (SC) e como base dois espaços temporais: 1997 a 2004 e 2005 a 2010, marcados por direções políticas distintas. O período de 1997 a 2004 foi compreendido por duas gestões lideradas pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e o período de 2005 a 2010, por gestões lideradas pelo Partido dos Democratas (DEM).

Também no que concerne aos procedimentos metodológicos, inicialmente, foi realizada a pesquisa documental mediante acesso e análise de documentos relativos à gestão e execução das políticas de

saúde e assistência social no município de Chapecó (SC) no período de 2005 a 2010. Na sequência e concomitantemente, foram acessados documentos pertinentes à gestão e execução de tais políticas no período de 1997 a 2004 e, por meio de pesquisa de campo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas abrangendo:

- a) Dois profissionais atuantes no âmbito da gestão e execução da política de assistência social e dois profissionais atuantes no âmbito da gestão e execução da política de saúde do município de Chapecó (SC) no período entre 1997 e 2004;
- b) Gestor da política de assistência social e gestor da política de saúde do município no período de 2005 a 2010;
- c) Técnico atuante no âmbito da Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC) e técnico atuante no âmbito da Secretaria de Saúde do município de Chapecó no período de 2005 a 2010;
- d) Três técnicos de organizações públicas não-estatais atuantes na área da política de assistência social e três técnicos de organizações privadas atuantes na área da política de saúde, aqui designados como “parceiros”.

A definição dos gestores e técnicos entrevistados se deu de forma intencional, considerando a distribuição paritária entre as políticas e níveis e a maior ligação/proximidade com sua gestão e execução. Na definição dos três técnicos de organizações públicas não-estatais atuantes na área da política de assistência social e dos três técnicos de organizações privadas atuantes na área da política de saúde, designados como parceiros, foram considerados os seguintes critérios, especialmente: a) a frequência/intensidade na prestação dos serviços; b) o tempo de parceria; e c) o volume de recursos públicos investidos, direta ou indiretamente, no regime de gestão e execução não-estatal.

Vale ressaltar que a técnica da entrevista se coloca como um meio de obtenção dos “informes contidos na fala dos atores sociais”, não significando, portanto, “uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, como sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma realidade que está sendo focalizada” (NETO, 2003, p. 57). Desta forma, requer o preparo teórico e ético do pesquisador, a fim de que este possua um olhar ampliado da realidade e aberto à (re) construção do conhecimento. Já, em relação ao instrumento de coleta de dados escolhido – formulário de entrevista semiestruturado, este combinou perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1994, p. 108). Na intencionalidade de possibilitar maior coerência ao processo

e mediante autorização expressa dos participantes da pesquisa, adotou-se o recurso de gravação das falas desencadeadas nas entrevistas. A coleta de dados foi seguida de transcrição das entrevistas, análise e elaboração de relatório.

Enfim, a presente pesquisa teve sua viabilidade pautada na acessibilidade aos sujeitos da pesquisa que foi favorecida pelo canal de diálogo aberto através dos estudos e atividades já realizados no contexto em questão, sendo que a estes foi, antecipadamente, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vale destacar que a devolutiva da pesquisa será realizada por meio da socialização dos resultados junto a representantes do Estado e da sociedade civil vinculados à realidade pesquisada, bem como, pelo fortalecimento de tal discussão no meio acadêmico e na sociedade em geral mediante viabilização de debates e consolidação de publicações de artigos em periódicos e anais de eventos. No tocante ao seu conteúdo, este é apresentado em duas seções, conforme descrição que segue.

A primeira seção aborda a crise do capital desencadeada em nível mundial na década de 1970, as estratégias neoliberais frente à crise e suas repercussões no âmbito do Estado e da sociedade civil. Apresentando tal contexto, remete-se à centralidade da “reforma” do Estado no contexto brasileiro, implementada a partir de meados da década de 1990 no Governo FHC, tendo como seu principal mentor o então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. Neste sentido, expõe a respeito do lugar da sociedade civil tomada pelas estratégias neoliberais quando assume uma perspectiva gerencial, de desenvolvimento dos serviços em substituição do Estado e distanciando-se do campo de lutas e construção de novas hegemonias. Procura-se, igualmente, retomar os diferentes sentidos da concepção de sociedade civil presentes hoje no debate como elementos de contraposição à perspectiva conservadora neoliberal e sua relação com as políticas sociais.

A segunda seção exhibe os dados empíricos coletados junto aos sujeitos vinculados à gestão e execução das políticas de saúde e assistência social no município de Chapecó, explicitando o redirecionamento das práticas do Estado (na esfera municipal), no âmbito das políticas sociais, através da introdução dos princípios gerenciais e da descentralização de ações para a esfera pública não-estatal (terceiro setor) e para a iniciativa privada. As análises realizadas indicam que os preceitos que deram materialidade à contrarreforma do Estado brasileiro na década de 1990 continuam incidindo no desenvolvimento das

políticas sociais mediante sua lógica mais perversa. É debatida a evidência da restrição do Estado no campo das políticas sociais com vistas a garantir a atuação do capital nas áreas mais lucrativas, bem como, o seu fortalecimento como ente regulador.

Vale salientar que este trabalho, como processo de construção do conhecimento, é algo inacabado e seu objeto está em constante transformação. “A visão do conjunto – ressalve-se – é sempre provisória e nunca pode pretender esgotar a realidade a que ele se refere” (KONDER, 1981, p. 37). Portanto, a abordagem do objeto de pesquisa a partir desta perspectiva não ousou exaurir o debate ou implementar conhecimentos fechados em si mesmos, mas aprofundar sua problematização, subsidiando a elaboração de argumentos sólidos em torno de suas reais significações e incidências⁴. Nisto, vale analisar a defesa de Marx (1867, p. 20) quando afirma que “a pesquisa tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de execução e rastrear a sua conexão íntima. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real”⁵.

A importância da presente pesquisa reside no fato de esta aprofundar o debate e contribuir com a produção de conhecimentos acerca dos desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais, como também, subsidiar os gestores e as próprias organizações da sociedade civil a respeito da realidade do município de Chapecó. Sua importância reside ainda na contribuição da investigação ao Serviço Social, cuja atuação está diretamente associada à formulação, implantação e implementação da política social, à ampliação da esfera pública e ao fortalecimento dos espaços de participação e de controle social, com vistas à construção de um projeto

⁴ A dialética, apesar de sua origem que remonta à atuação de filósofos que viveram na Grécia antiga, foi (re)apresentada por Marx com base na perspectiva do materialismo histórico que prioriza a visão da totalidade a partir da realidade histórica e concreta. Desta forma, superou Hegel – mentor do método conduzido pela dialética – na medida em que este, sendo idealista, considerava o trabalho mais em sua dimensão intelectual. Marx concordava com Hegel no que se refere ao trabalho como mola propulsora do desenvolvimento humano, todavia, criticou sua concepção unilateral acerca do trabalho, ao passo que não visualizou a alienação presente nas sociedades divididas em classes sociais. Isso, num contexto em que a introdução da propriedade privada e da divisão de classes conduziram a um “estranhamento” entre o trabalho e o trabalhador, considerando que o produto do trabalho passou a não pertencer ao trabalhador e este já não possuía o conhecimento do processo completo da produção.

⁵ Neste sentido, Ianni (1988, p. 11-12) enfatiza que Marx “encara o homem inserido no processo produtivo, ao mesmo que produzindo-se. O trabalho humano, inclusive como pensamento, pode também desalienar. O pensamento pode coisificar, mas também descobrir a coisificação e apanhar outros movimentos do real”.

societário em que predominem, cada vez mais, os elementos de uma sociedade civil voltada à elaboração de novos Estados.

1. CRISE DO CAPITAL, OFENSIVA NEOLIBERAL E SUAS REPERCUSSÕES NO ESTADO E NA SOCIEDADE CIVIL

1.1. Estado, sociedade civil e políticas sociais: o realinhamento frente às novas requisições do capital

As mudanças nas concepções de Estado, sociedade civil e políticas sociais não podem ser desvinculadas da crise geral do capital iniciada nos anos de 1970, e seus desdobramentos posteriores que se expressam na própria dinâmica do processo de acumulação capitalista. As significativas alterações que ocorrem neste campo sob os fundamentos da ideologia neoliberal demarcam um redirecionamento não apenas teórico, mas também prático-político que, assumidas pelos diferentes governos, vêm se consolidando de forma hegemônica, denotando a desresponsabilização do Estado mediante o repasse de suas funções à sociedade civil. Destaca-se que esta revalorização da sociedade civil ocorre nos marcos das tendências neoliberais, entendida de forma reduzida, como recurso gerencial, e esvaziada de seu sentido voltado à construção de novas hegemonias. Para demarcar tais diferenciações, é de suma importância apontar de que forma a sociedade civil, na realidade contemporânea, vem sendo tomada tanto a partir de uma perspectiva crítica, assim como, de forma despolitizada, o que implica, conseqüentemente, a sua vinculação a projetos societários diferenciados.

De acordo com estudos já realizados⁶, apesar da categoria sociedade civil ter perpassado ideias filosóficas e políticas de diferentes períodos históricos, sua afirmação e desenvolvimento ocorreram nos marcos do pensamento moderno, sendo que suas primeiras formulações mais sistemáticas percorreram a tradição liberal contratualista de Hobbes, Locke e Rosseau, passando pelos conservadores Smith, Ferguson e Tocqueville. Todavia, foi a elaboração dialética de Hegel que deu início ao debate sobre a emergente sociedade civil capitalista, esfera de expressão dos interesses individuais e coletivos. No âmbito do marxismo, pode-se afirmar que a ampliação do debate sobre a sociedade civil apareceu na elaboração inovadora de Antonio Gramsci, “cuja influência, marcante em boa parte do século XX, prossegue na atualidade” (SIMIONATTO, 2010).

⁶ Cf. Simionatto (2010), Durigetto (2007), Nogueira (2003), Coutinho (1989), dentre outros autores.

Diferentemente da formulação marxiana que identifica a sociedade civil com a infra-estrutura econômica, o conceito de sociedade civil em Gramsci remete à superestrutura, porém, conforme explicitado por Coutinho (1989), sem implicar na negação da centralidade da base material desvendada por Marx como fator ontológico primário da sociabilidade. O elemento central que determina a especificidade e a novidade do conceito de sociedade civil reside em sua contribuição para o enriquecimento teórico-analítico do modo como a esfera econômica determina a produção e a reprodução da superestrutura no contexto histórico em que se operou uma maior complexificação do Estado. Destarte, a sociedade civil expressa a articulação das classes na esfera econômica, mas considerando também as complexas mediações ideológicas e socioinstitucionais (COUTINHO, 1992, p. 73).

A dinâmica sociopolítica e organizativa da sociedade civil é incorporada por Gramsci ao conceito de Estado, mediante a visualização da ampliação do fenômeno estatal e o crescente processo de socialização da política nos marcos do capitalismo monopolista. Em termos teóricos para o pensador sardo, sociedade civil e sociedade política são distinções analíticas do conceito de Estado, contudo, sempre vistas a partir da sua intrínseca relação dialética. Essa perspectiva difere da formulação liberal em que a sociedade civil é uma esfera separada do Estado e regulada, de forma autônoma, pelo mercado, sendo o Estado identificado com o governo, com as estruturas puramente jurídico-coercitivas e guardião do interesse geral (DURIGUETTO, 2007, p. 57). Na sociedade civil gramsciana, o exercício do poder ocorre por meio da direção política e do consenso, tendo como “portadores materiais” os chamados “aparelhos privados de hegemonia” (Escola, Igreja, jornais, televisão, sindicatos, partidos, associações) (GRAMSCI, 2000) – espaços nos quais a classe dominante repassa a sua ideologia criando a subalternidade política e cultural. A ênfase da forma privada das instituições da sociedade civil não nega, entretanto, o seu caráter estatal e classista.

Tomada como "conceito e projeto", a sociedade civil, em Gramsci, representa o espaço “onde se decide a hegemonia, onde se confrontam os diversos projetos de sociedade, até prevalecer um que estabeleça a direção geral na economia, na política e na cultura” (SEMERARO, 1999, p. 76). Sendo assim, é a esfera em que se desenvolve a luta pela hegemonia por meio de confronto, disputa de projetos, enfrentamentos políticos, ideológicos e culturais, apresentando-se como conceito complexo, com o qual se pode entender

a realidade contemporânea, e também como projeto político abrangente, com o qual se pode transformar a realidade. O intenso processo de socialização da política levou Gramsci a perceber que:

[...] este movimento era virtualmente unificador e continha um impulso claro em direção a formas mais avançadas de convivência, mas estava cortado por fortes tendências desagregadoras, competitivas, individualistas. Sua idéia de sociedade civil espelharia toda esta riqueza e contradição: possibilitaria a plena expansão das individualidades e diferenciações, mas acomodaria também, acima de tudo, os fatores capazes de promover agregações e unificações superiores (NOGUEIRA, 2003, p. 221-222).

Portanto, a sociedade civil gramsciana condensa o campo dos esforços sociais voltados à organização política dos interesses de classe que são constantemente fracionados pela dinâmica do capitalismo. Nesta perspectiva, busca cimentá-los entre si e projetá-los em termos de ação hegemônica. Com base nisto, a sociedade civil é indicada como espaço contraditório, atravessado por projetos de classe distintos; terreno de organização de interesses, construção de alianças e busca do consenso entre classes e frações de classe; arena de convencimento, agregação, superação de interesses corporativos e particularistas, articulação das diferentes lutas parciais e cotidianas, que podem ser universalizadas em direção à construção da vontade coletiva (SIMIONATTO, 2010). Da mesma forma, a sociedade civil pode ser apontada como esfera de "preparação ideológica das massas", com vistas a sua repolitização e à formação de novas ideologias e de novos sujeitos políticos coletivos, sendo espaço de luta pelo poder e construção de uma contra-hegemonia direcionada à emancipação humana.

A esta perspectiva crítica de sociedade civil vinculada aos interesses classistas, novos debates e ações prático-políticas podem ser visualizadas a partir dos desdobramentos da crise geral do capital após a década de 1970. O seu caráter de classe vai gradativamente sendo substituído e associado às formas de resistência aos regimes autoritários no contexto dos processos de (re) democratização da América Latina, à emergência dos chamados “novos movimentos sociais” e seu papel frente aos impasses do socialismo real e às críticas imputadas ao Welfare State no âmbito das sociedades liberal-democráticas europeias (DURIGUETTO, 2007). Deste modo, a sociedade civil é tomada como esfera de defesa da cidadania e dos direitos sociais de grupos

específicos, cujas demandas teriam maior significado do que as historicamente organizadas em torno dos institutos coletivos de classe.

As estratégias de democratização emergentes neste âmbito adotaram como características centrais a interatividade e o livre associativismo, materializadas numa “terceira esfera”, com proposições não mais direcionadas ao controle ou à conquista do poder, mas à geração de influência por meio das atividades associativas democráticas. De acordo com Duriguetto (2007, p. 120), chega-se, desta forma, às “abordagens que apontam para o papel central da auto-organização da sociedade civil, visando à constituição de uma ‘terceira via’ (como esfera pública) entre o mercado e o Estado”, como referência à democracia.

O associativismo coloca-se como base desde que tratado politicamente, sendo necessária a superação política da agregação de indivíduos e grupos sociais em torno de interesses restritos; da consciência econômico-corporativa para a consciência política, promovendo o que Gramsci denomina de passagem da esfera da estrutura para a esfera da superestrutura.

No contexto brasileiro, com a promulgação da Carta de 1988, o “tema da participação da sociedade na coisa pública” ganha um novo estatuto mediante a “revalorização da participação popular e do poder local” (RAICHELIS, 1998, p.75). As experiências resultantes deste processo foram conduzidas na perspectiva da descentralização, com “a promoção de novas formas de participação das organizações e dos movimentos populares nos espaços de definição das políticas públicas, o que contribuiria para publicizá-las e democratizá-las” (DURIGUETTO, 2007, p. 197). Neste sentido, a base “material” de potencialização da cidadania e da democracia seria o espaço da sociedade civil, tematizada como “esfera pública não-estatal”.

Sobre esta nova “esfera pública não-estatal”, Raichelis (1998, p. 80-82) menciona que a mesma “reduz a onipotência do Estado e aumenta o espaço decisório da sociedade civil”, configurando a ideia de controle público sobre as ações do Estado por meio do fortalecimento das organizações da sociedade civil, “capaz de limitar sua subordinação automática a interesses puramente privados e mercantis”.

Da mesma maneira, Dagnino (2000) indica que os mecanismos de democracia participativa, construídos através da inserção das experiências associativas e movimentos sociais nos novos espaços institucionais de participação, formulação e representação de interesses abertos pela Constituição de 1988 adensaram, concomitantemente, novos mecanismos de controle social sobre o Estado no que tange às

políticas sociais públicas, sendo exemplo, as experiências de orçamento participativo nas prefeituras democrático-populares, a participação em conselhos, fóruns, dentre outros, emergindo a constituição de “uma esfera pública, não-estatal e democrática” (DURIGUETTO, 2007, p. 204). Assim, a sociedade civil apresenta-se como o terreno onde se desenvolve “uma articulação entre práticas associativas, o universo dos direitos e espaços democráticos de representação e interlocução pública” (PAOLI e TELLES, 2000, p. 115). Embora tais formas associativas não levem em conta a perspectiva de classe, podem configurar-se, como espaços preparatórios para a adensação de experiências mais amplas da classe trabalhadora, voltadas à consolidação da democracia e de construção de novas hegemonias. Na concepção de Netto (2004, p. 78), inspirado em Gramsci, quando a extensão da democratização envolve classes e camadas subalternas, ela pode “engendrar o exercício de um aprendizado e uma prática políticos absolutamente imprescindíveis para que seus sujeitos enfrentem a grande política”.

Outro desdobramento na concepção de sociedade civil decorrente das transformações societárias da década de 1970 se refere à perspectiva disseminada pela ideologia neoliberal e pelos organismos internacionais, a partir da afirmação de uma perspectiva de sociedade civil como “terceiro setor”, distinta do Estado (primeiro setor) e do mercado (segundo setor), considerada um “setor não-governamental”, “não-lucrativo”, voltado à área social. Neste sentido, tem sido usada como “instrumento para canalizar o projeto político de enfraquecimento do Estado social e para disfarçar o caráter de classe de muitos conflitos sociais” (IAMAMOTO, 2007, p. 205). Fundada no ideário da responsabilidade social dos indivíduos, a sociedade civil tem sido “impulsionada pelo Estado, pelo empresariado, pelas elites e pelos grupos corporativos, com vistas ao fortalecimento de uma participação nos limites da sociabilidade burguesa” (SIMIONATTO, 2010).

Tal concepção de sociedade civil é ampliada, a partir da década de 1990, por meio das elaborações do sociólogo anglo-saxão Antony Giddens no âmbito da chamada “Terceira Via” que condensou as bases teórico-políticas neoliberais, as teses reformistas conservadoras alicerçadas nos argumentos da governabilidade, dos ajustes e da redução das funções públicas estatais. À sociedade civil caberia a responsabilidade pelos problemas sociais e ao Estado a redução de seu papel ao investimento em programas sociais focalizados, estabelecimento de parcerias com setores privados e fiscalização das ações de tais setores. Esta concepção de cunho liberal corporativo, fundada na ideologia neoliberal, propagou a redução de custos na área

social, o que implicou a reestruturação da esfera da produção; reordenamento da função dos Estados e difusão do neoliberalismo. Conforme Neves e Sant’Anna (2005), em especial após a Segunda Guerra Mundial, movimentos sociais defensores de interesses específicos, não diretamente vinculados às relações de trabalho, “foram institucionalizados em aparelhos privados de novo tipo, dando lugar, na arena política, a novos sujeitos políticos coletivos, genericamente denominados de organizações não-governamentais (ONG’s)”, fortalecendo a consolidação do projeto de sociabilidade burguesa no século XXI.

Sendo assim, a sociedade civil, vinculada ao ideário neoliberal e associada às requisições do capital, vem sendo largamente disseminada e assumida como conceito e como projeto político. Segundo destaca Simionatto (2010), “as elites dominantes, ao incorporarem essa perspectiva, conseguiram estruturar e sedimentar, mediante uma linguagem e uma gramática comuns, uma ‘reforma intelectual e moral’ que se entranhou nas diferentes esferas da vida social”. A sociedade civil, descaracterizada como espaço de luta de classes, foi reduzida ao âmbito dos interesses privados e corporativos, como uma esfera autônoma, sem conflitos, destituída da prática política em sentido amplo, designada a substituir o Estado em áreas consideradas como não-exclusivas, porém, vinculadas a espaços estratégicos na conquista da democracia. Neste contexto, fica evidente “uma progressiva mercantilização do atendimento às necessidades sociais”, decorrente dos processos de privatização, em que os serviços sociais deixam de expressar direitos, “metamorfoseando-se em atividade de outra natureza, inscrita no circuito de compra e venda de mercadorias” (IAMAMOTO, 2007, p. 206).

Nogueira (2003, p. 224) sinaliza que se trata de uma luta social que “se faz em termos competitivos e radicalmente privados, sem maiores interferências públicas ou estatais”, sob o comando do mercado. Nessa perspectiva, não existe espaço para a disputa de hegemonia, destarte, somente o interesse pelo acesso aos fundos públicos ou privados objetivando a maximização de interesses particulares e corporativos, tendo como personagens típicos atores que se organizam de modo restrito ou de modo desinstitucionalizado – por exemplo, no plano do voluntariado ou do assistencialismo tradicional. A sociedade civil tende a ser interpretada como um conjunto de “organizações distintas e complementares”, destituída dos conflitos e tensões de classe, onde prevalecem os laços de solidariedade. Salienta-se a coesão social e um forte apelo moral ao “bem comum”, discurso esse que corre paralelo

à reprodução ampliada das desigualdades, da pobreza e da violência (IAMAMOTO, 2001, p. 26).

O chamado “terceiro setor”, o qual, identificado comumente com a sociedade civil, engloba, sob o mesmo título, as tradicionais instituições filantrópicas; o voluntariado e as organizações não-governamentais: desde aquelas combativas que emergiram no campo dos movimentos sociais, àquelas com filiações político-ideológicas as mais distintas, além da denominada “filantropia empresarial” (IAMAMOTO, 2001, p. 25). Como aponta Nogueira (2005, p. 59), ocorre a busca pela consolidação da perspectiva de sociedade civil reduzida a recurso gerencial em que interesses, grupos, indivíduos e comunidades demandam se organizar, autonomamente, para transferir sustentabilidade e recursos às políticas públicas.

A política social, de acordo com os indicativos tecidos por Iamamoto (2007, p. 195), “é uma mediação necessária para o atendimento das necessidades sociais dos segmentos das classes trabalhadoras – neles incluídos a população excedente –, que condensam em suas vidas as múltiplas expressões das desigualdades sociais e da luta contra as mesmas”. Tais desigualdades exigem a ampliação do Estado e a mobilização da sociedade civil no estabelecimento de lutas contra-hegemônicas. Entretanto, o capital, neste contexto, luta por “instrumentalizar a sociedade civil – torná-la dócil, desestruturada, desmobilizada, amigável” (MONTAÑO, 2008, p. 233), para transformá-la em “meio” de desenvolvimento da estratégia neoliberal voltada a sua reestruturação (DURIGUETTO 2007, p. 174); o que supõe políticas sociais focalizadas e restritas.

Na perspectiva de sociedade civil acima destacada, vigora a preocupação com a democracia-método, e não com a democracia condição-social. Para Netto (2004, p. 80), faz-se necessário cautela a fim de não recair na cilada de um aparente consenso, indagando minimamente a referência democrática. Reportando-se a Cerroni, o autor indica que a democracia-método refere-se ao conjunto de mecanismos institucionais que possibilitam a vigência de garantias individuais e a livre expressão de opiniões e opções políticas. Já a democracia condição-social não se restringe a um conjunto de institutos cívicos, demandando a livre expressão de opiniões e opções políticas mediante a igualdade de oportunidades de intervenção ativa e efetiva nas decisões que afetam a gestão da vida social. É apenas no marco da democracia-condição social que a intervenção política pode afetar o estatuto da propriedade e, como consequência, as modalidades de apropriação e destinação do excedente econômico. Se a participação das

agências das classes subalternas da sociedade civil, organizadas democraticamente, não possui articulação com instâncias de universalização e totalização da vontade política, pode contribuir para a constituição de uma ordem política liberal-corporativa, reprodutora da ordem capitalista, em detrimento de uma democracia de massas.

O fortalecimento da sociedade civil, como “meio” do projeto neoliberal para o desenvolvimento de sua estratégia de reestruturação do capital, configura-se numa proposta da “reforma” do Estado, especialmente no que se refere à descentralização; termo utilizado para designar o repasse da execução de serviços considerados como não-exclusivos para a sociedade civil como esfera pública não-estatal, denotando forte tom privatizante e conservador e, desta forma, como explicita Coutinho (1989), o “aperfeiçoamento da gestão do aparato burocrático e político do Estado, no sentido estrito da política”⁷.

Sendo assim, o discurso reformista privilegiou a sociedade civil, porém, uma sociedade civil fora do Estado e restrita em que o quadro teórico-político construído implicou o afastamento do Estado como máquina pública com parâmetro ético e como fator decisivo para o desenvolvimento em geral e estratégico, tanto no âmbito do crescimento econômico e da distribuição de renda, quanto para a conquista da igualdade e a construção democrática (NOGUEIRA, 2005, p. 60).

Tal perspectiva difere da perspectiva gramsciana de sociedade civil, na medida em que é definida como esfera pública não-estatal em oposição ao Estado e mercado e como indiferenciada, a-classista e homogênea, sendo sujeito de cooperação mediante uma visão homogeneizante e despolitizada. Segundo Simionatto (2010), são eliminados os conflitos e a disputa de projetos de classe, com ênfase na perspectiva da renovação democrática, do capital social, do empoderamento e da governabilidade. A sociedade civil afasta-se do terreno da “grande política” para transformar-se em arena desqualificadora de demandas sociais mais globais, ganhando espaço as ações sociais pontuais, desvinculadas não só da perspectiva forte de direitos, que mobilizava a classe trabalhadora em períodos anteriores, mas também das possibilidades de construção de ações em favor de um novo projeto societário.

É exatamente esta concepção de sociedade civil presente no projeto de “reforma” do Estado brasileiro e assumida como forma de

⁷ Em uma acepção restrita, a política é o “conjunto de práticas e objetivações que se referem diretamente ao Estado, às relações entre governantes e governados” (COUTINHO, 1989, p. 54).

reorganização da esfera pública que se tomou para analisar a sua presença e materialização nas políticas sociais de saúde e assistência social no campo delimitado para esta investigação.

1.2. A contrarreforma do Estado brasileiro

A chamada crise do Estado não é um fenômeno que pode ser tratado em si mesmo senão vinculado à crise geral do capital eclodida em nível mundial nos marcos da década de 1970. Seus reflexos nos países de capitalismo periférico serão mais explicitados entre o final dos anos 1980 e início da década de 1990, período em que os governos, sob o bordão da governabilidade e coerentes com as orientações do Consenso de Washington, assumem e se comprometem com os organismos financeiros internacionais a colocar em prática um amplo programa de “reformas”.

É neste cenário que se desencadeia a "reforma" do Estado brasileiro, sustentada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado no Governo de FHC. Para justificá-la, fortaleceu-se a ideia de uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública negativa; pelo esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado (então revestida pelo Estado de Bem-Estar nos países desenvolvidos; pelas estratégias de substituição de importações no Terceiro Mundo e pelo estatismo nos países comunistas); e pela superação da forma de administrar o Estado, caracterizada pelo peso e excesso burocráticos. Tais fatores são associados à crise econômica e social vivida no Brasil desde o início dos anos 1980. Nesse período, a adesão brasileira às orientações conservadoras dos organismos internacionais e do Consenso de Washington esteve intimamente condicionada ao processo de transição democrática (controlado pelas elites) e “à resistência ao desmonte de uma estrutura produtiva de ossatura sólida, construída no período substitutivo de importações, mantendo-se, evidentemente, a heteronomia como marca estrutural” (BEHRING, 2008, p. 130). Ocorreu o recrudescimento do endividamento externo e deu-se aí um aprofundamento das dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda – situação esta que se estendeu aos demais países da América Latina.

Vale citar que uma grande parte da dívida externa foi contraída pelo setor privado, todavia, neste cenário, assumida pelo setor público, a exemplo do Brasil, que teve 70% da dívida externa transformada em

dívida estatal. De acordo com Kucinski e Branford *apud* Behring (2008, p. 133), criou-se, desta forma, uma contradição entre a intensa geração de receitas de exportação pelo setor privado e o intenso endividamento do setor público em que “ao governo só restaram três caminhos: cortar gastos públicos, imprimir dinheiro ou vender títulos do Tesouro a juros atraentes”. A opção, ao longo da década de 1980, foi pela emissão de títulos, elevando os juros e alimentando o processo inflacionário⁸. Nisto, a crise inerente ao endividamento resultou em: empobrecimento generalizado dos países da América Latina, principalmente do Brasil (seu país mais rico); crise dos serviços sociais públicos; desemprego; informalização da economia; favorecimento da produção para exportação em detrimento das necessidades internas.

Na sequência à crise da dívida, diante da possibilidade de colapso financeiro internacional, aprofundou-se e disseminou-se o discurso da necessidade dos ajustes e dos planos de estabilização. Tratou-se de parte de um ajuste global, reordenando as relações entre o centro e a periferia do mundo do capital. E, nisto, ao longo dos anos de 1980, as dificuldades do Estado brasileiro adquiriram transparência em alguns aspectos: intensa centralização administrativa; hipertrofia e distorção organizacional por meio do empreguismo, sobreposição de funções e competências e feudalização; ineficiência na prestação de serviços e na gestão; privatização expressa na vulnerabilidade aos interesses dos grandes grupos econômicos e na estrutura de benefícios e subsídios fiscais; déficit de controle democrático, diante do poder dos tecnocratas e, dentro disso, reforço do Executivo em detrimento dos demais poderes.

O Brasil entrou, assim, nos anos de 1990, sendo desmantelado pela inflação – fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal, e “paralisado pelo baixo nível de investimento privado e público; sem solução consistente para o problema do endividamento; e com uma situação social gravíssima” (BEHRING, 2008, p. 137). Neste sentido, é pertinente abordar alguns elementos político-econômicos principais da crise que foram sintetizados por Velasco e Cruz (1997, p. 118-119):

- 1) transferências pesadas de recursos reais ao exterior para o serviço da dívida/reações defensivas generalizadas de grupos sociais empenhados em preservar suas participações respectivas na renda nacional; 2) relaxamento dos

⁸ Conforme Kucinski & Brandford *apud* Behring (2008, p.134), o Brasil saltou de uma inflação anual de 91,2%, em 1981, para 217,9% em 1985.

mecanismos autoritários de controle político/ampliação da capacidade organizativa e do poder de barganha de setores populares/dificuldades crescentes de imposição autocrática de respostas prontas ao problema de como distribuir as perdas que pesam sobre o conjunto da sociedade; 3) intensificação de pressões cruzadas sobre o orçamento do governo, tanto pelo lado da receita quanto pelo gasto público/crise fiscal/recurso sistemático a emissões inflacionárias como meio para financiar despesas correntes e administrar conflitos; 4) impacto desigual da inflação sobre a renda dos diferentes grupos/exacerbação do conflito distributivo/pressões redobradas sobre o Estado, etc.

Como resposta aos altos níveis de inflação, o Plano Real adentrou aos anos de 1990 como política econômica sustentada em moedas sobrevalorizadas, déficits comerciais e absorção de “poupança externa”. Todavia, logo se deparou com seus limites estruturais, caracterizados, inclusive, pelo agravamento do déficit das contas públicas – atrelado aos juros altos. Situação esta que, de acordo com Behring (2008, p. 160), agravou o endividamento público e privado, obrigando à busca de constantes superávits primários por parte do governo federal, em obediência às imposições dos acordos com o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Nesta perspectiva, ocorreu a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal, isenta de preocupação com a responsabilidade social, o agravamento das dificuldades de investimentos estruturantes e a restrição das políticas nacionais de seguridade pública. Conforme Teixeira (2000, p. 19), a consequência da conjugação de um movimento de reestruturação perversa e defensiva com políticas macroeconômicas que freiam o dinamismo da economia certamente seria o desemprego estrutural, por meio de redução dos empregos no setor formal, em especial na indústria, em que ocorreu enorme supressão dos postos de trabalho.

As consequências do ajuste neoliberal incidiram no âmbito da política social não somente devido ao aumento do desemprego que conduziu ao empobrecimento e ao aumento da demanda por serviços sociais públicos, mas, principalmente, devido ao corte de gastos e à flexibilização de direitos (TELLES, 1998), agregados às políticas de privatização. Como analisa Fagnani (2005, p. 416), “a estratégia

macroeconômica, central e hegemônica na agenda governamental”, limitou enfaticamente as possibilidades efetivas de desenvolvimento e inclusão social, visto que acarretou “aumento da crise social, percebida, sobretudo, pela notável desorganização do mundo do trabalho e seus efeitos sobre o emprego e a renda”.

Mediante o exposto, é inegável que a macroeconomia assumida para colocar em prática o Plano Real trouxe decisivamente implicações sobre o Estado e as classes subalternas. Para a burguesia, ocorreu um deslocamento patrimonial com ênfase na inserção do capital estrangeiro. Para a classe trabalhadora, deu-se o recrudescimento das condições de vida e de trabalho e o simultâneo ataque aos direitos sociais, tendo as lutas políticas um caráter defensivo e, portanto, diverso às características das lutas empreendidas ao longo da década de 1980.

A ampliação dos deveres sociais do Estado no contexto da elaboração e aprovação da Constituição de 1988 foi considerada, por parte dos setores conservadores, defensores de um modelo de Estado neoliberal para o Brasil, como motivo de sua ingovernabilidade. Na visão de tais setores, haveria excesso de demandas sociais colocadas à esfera estatal e rigidez nos gastos federais com a vinculação de receitas. Consideravam ainda que o Estado, impossibilitado de atender às demandas sociais, levaria à formação de embates corporativos dentro da esfera política, em que os grupos mais organizados conseguiriam barganhar suas reivindicações. Neste contexto, a consideração do mercado como única via para o crescimento econômico induziu às ideias monetaristas, propondo a limitação dos gastos sociais públicos, via “reformas” constitucionais – fazendo adesão às medidas pleiteadas no âmbito da conjuntura internacional.

No que se refere aos organismos internacionais, é importante ainda salientar o papel do Banco Mundial (BM), especialmente no campo das políticas sociais, que, desde 1975, já vinha elaborando as primeiras diretrizes de reforma nas políticas de saúde para os países devedores, com questionamentos ao padrão universalista e enfatizando a necessidade de priorização na atenção básica, na seletividade e focalização da atenção aos mais pobres (RIZZOTTO, 2000). Em 1987, no documento Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma, concretiza os parâmetros de “reformas” na área da saúde direcionadas aos países por ele subsidiados, articulando sua proposta à política neoliberal assumida pelas instituições financeiras desde os anos de 1980. Neste documento, o BM questiona a intervenção do Estado na operacionalização dos

serviços de saúde, acentuando a necessidade de maior racionalidade na utilização de recursos (COSTA, 2000).

Em outro documento, na década de 1990, o BM afirmava que “muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização”, orientando os governos a priorizar os “setores sociais fundamentais”, com políticas públicas focalistas, maior eficácia e equidade nos gastos sociais. Tal orientação “traz como consequência a quebra do caráter universal de tais políticas, tão caro às lutas sociais” (CORREIA, 2007). Nessa perspectiva, as políticas sociais tiveram como centralidade: a focalização em setores vulneráveis ou de extrema pobreza; a descentralização da gestão da esfera federal para estados, municípios e com a participação na esfera local de organizações não-governamentais, filantrópicas e comunitárias; a privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, ou seja, para o mercado.

No documento do BM Do confronto à colaboração (GARRISON, 2000, p. 46), elaborado para o Brasil, a sociedade civil, vinculada ao vasto setor não-governamental, tem como princípios tornar o Estado “mais responsável, enxuto e eficaz na prestação de serviços públicos”. A parceria com a sociedade civil é afirmada como necessária às melhorias no processo de formulação de políticas públicas, na qualidade dos serviços prestados e na extensão das taxas de retorno.

De acordo com Laura Tavares Ribeiro Soares (2001, p. 19), as reformas estruturais de cunho neoliberal – centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado – assumiram (especialmente a partir de 1985) “uma convergência forçada nas medidas recomendadas pelo BM, que foram ganhando força de doutrina constituída, sendo aceitas por praticamente todos os países”. Tais recomendações estiveram na base dos ajustes e da “reforma” do Estado brasileiro, conforme veremos mais adiante, neste trabalho.

A perspectiva reducionista de sociedade civil presente no projeto de “reforma” do Estado brasileiro recoloca em cena a discussão entre público e privado. Pode-se afirmar que, além das repercussões sobre o Estado, tal perspectiva enfeixada pela ideologia neoliberal e seu campo teórico, provocou mudanças nos eixos estatal-privado ou entre Estado e sociedade civil. A polarização entre esfera pública e esfera mercantil, na opinião de Sader (2009), recoloca estes dois campos como terreno de disputa e de embates entre as classes sociais.

A concepção de sociedade civil no âmbito do projeto de “reforma” do Estado brasileiro será debatida com mais ênfase no item a seguir, sem deslocá-la da concepção e projetos apregoados ao Estado e às políticas sociais – espaços fortemente tensionados e influenciados pelos desdobramentos da contrarreforma.

1.3. Estado, sociedade civil e políticas sociais na contrarreforma do Estado brasileiro

Não é objetivo do presente trabalho discutir o projeto da “reforma” do Estado brasileiro, elaborado por Bresser Pereira e implementado no Governo FHC em meados da década de 1990, mas apontar alguns elementos estruturantes do projeto intelectual referentes às concepções de Estado, sociedade civil e políticas sociais e, posteriormente, a sua materialização na organização da esfera pública.

Bresser Pereira (1997, p. 07-08) apontou quatro problemas centrais para justificar a "reforma": necessidade de delimitação do tamanho do Estado com ênfase na privatização, “publicização” e terceirização (âmbito econômico-político); necessidade de redefinição do papel regulador do Estado mediante redução do seu grau de intervenção no funcionamento do mercado (âmbito econômico-político); demanda pela recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo, redefinição das formas de intervenção no plano econômico-social e superação da forma burocrática da administração pública (âmbito econômico-administrativo); necessidade de aumentar a governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (âmbito político).

Conforme assevera Nogueira (2005, p. 47), a perspectiva gerencial foi posta no contexto reformista como expressão adequada por: “Controlar mais os resultados do que os procedimentos, conceder maior autonomia aos órgãos públicos, descentralizar estruturas e atividades, flexibilizar procedimentos” – tendo em vista a configuração de ambientes mais competitivos, ágeis e responsáveis perante os “cidadãos-consumidores”.

Sobre o conceito de Estado, Bresser Pereira (1997) referiu-se à constituição, no século XXI, de um Estado social-liberal, sendo social por continuar a proteger os direitos sociais e promover o desenvolvimento econômico e liberal pelo fato de fazê-lo usando os controles de mercado; realizando serviços sociais e científicos através de

organizações públicas não-estatais competitivas; tornando os mercados de trabalho mais flexíveis; e promovendo a capacitação de seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional.

Sendo assim, a “reforma” foi introduzida no contexto brasileiro com a intencionalidade de gerar mudanças no desempenho estatal perante a inserção de formas de gestão consideradas inovadoras e de iniciativas voltadas a combater um modelo considerado burocrático, descentralizar controles gerenciais e flexibilizar normas, estruturas e procedimentos. A nova estrutura de organização do Estado, além do núcleo estratégico e de atividades exclusivas, compreendeu o setor de serviços não-exclusivos, correspondente ao setor em que o Estado atua simultaneamente às organizações públicas não-estatais e privadas. A partir de tal patamar, o reformismo implicou uma grave “perda” do Estado, disseminando na opinião pública uma visão negativa do seu papel, sentido e natureza e de sua intervenção na vida econômica e social.

Neste sentido, Behring (2008, p. 211), ressalta que, devido à natureza destrutiva e regressiva, a proposta de “reforma” do Estado configurou-se numa contrarreforma do Estado⁹; um processo marcado pela forte tendência de desresponsabilização pela política social acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. De acordo com a autora, “isso ocorre vis-à-vis a um crescimento da demanda, associado ao aumento do desemprego e da pobreza, aprofundados pela macroeconomia do Plano Real”. Para Draibe (1993), o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais, constituído pela privatização, focalização e descentralização, tendeu à expansão por meio do “Programa de Publicização” – voltado ao repasse de funções do Estado para a sociedade civil.

A sociedade civil, na esteira das orientações do BM, foi situada como esfera pública não-estatal, espaço que possibilitaria “reorganizar os recursos do Estado e da sociedade para atender às demandas reprimidas da população” (MORALES, 1999, p. 55). Navarro (1999, p. 97) indica como a “multiplicação de provedores” instigaria à competição, aprimorando a eficiência dos serviços sociais através da pressão por melhor desempenho, na medida em que os usuários poderiam comparar a qualidade do serviço prestado por diversas organizações não-governamentais ou destas com as agências do Estado em funções similares ou da assimilação de modelos bem-sucedidos e da

⁹ Questão esta afirmada também por outros autores.

difusão de melhores práticas. Segundo Bresser Pereira, além das esferas estatal e privada, destaca-se a não-estatal, composta pelas organizações sem fins lucrativos e de interesse público e a propriedade corporativa, que juntas formam o terceiro setor. Mas a sociedade civil, para o autor, não se limitaria a tais organizações, posto que inclui ainda os cidadãos individualmente e as empresas. A esfera pública não-estatal, além de complementar o Estado, também é chamada para substituí-lo em funções e atribuições consideradas como “não-exclusivas”, tais como, as atividades sociais e científicas.

Sendo assim, no âmbito do projeto de “reforma” do Estado brasileiro, a sociedade civil foi concebida como conjunto de instituições que “organiza a alocação de recursos e a distribuição de poder e riqueza entre seus membros”. Neste aspecto, abarca camadas de classes e grupos sociais envolvidos em atividades do terceiro setor, sendo constituída por cidadãos individualmente, empresas, organizações, “ponderados pelo poder que deriva de seu capital, de sua capacidade de representação e de seu conhecimento técnico e organizacional”. Considerada como a dimensão política da sociedade, a sociedade civil é percebida como “agente da reforma nas sociedades democráticas” (PEREIRA, 1999, p. 103), porém, numa perspectiva de incentivo à retração dos gastos sociais do Estado e de fortalecimento dos interesses do capital.

Conforme Nogueira (2005, p. 59-60), apregou-se uma sociedade civil cooperativa e parceira, distante do campo de lutas ou oposições, configurada como espaço de colaboração e de ação construtiva (voluntariado). Assim, ao mesmo tempo que se disseminou uma sociedade “fora” do Estado, propagou-se uma sociedade submetida a ele – “um lócus em que não nasceria nenhum movimento de crítica política, contestação da ordem ou oposição ao poder”.

De acordo com Bresser Pereira e outros defensores dessa corrente, o terceiro setor imprime maior eficiência e eficácia na utilização de recursos, na contratação de pessoal e na execução de políticas e serviços sociais. Deste modo, no contexto da “reforma” brasileira, a ideia de sociedade civil foi apresentada como esfera harmonizadora e espaço de cooperação, gerenciamento da crise e implementação de políticas. A sociedade civil foi reduzida a recurso gerencial, considerando que grupos, indivíduos e comunidades foram chamados a participar no dever de organizarem-se, de forma autônoma, legalizados para receber recursos e dar sustentabilidade às políticas públicas. Ou seja, fortaleceu-se uma ideia de sociedade civil voltada à cooperação, parceria, colaboração, ação construtiva (na perspectiva do voluntariado), e não ao campo de lutas e oposições.

Nessa direção, Montañó (2001, p. 22) assevera que “a desresponsabilização estatal das respostas às sequelas da questão social é (supostamente) compensada pela ampliação de sistemas privados: mercantis (empresariais, lucrativos) e filantrópicos-voluntários (do chamado terceiro setor)”. O conceito de sociedade civil publicizado e fortalecido aproximou-se da chamada terceira esfera, ora definida como espaço de transferência de potencialidades democráticas, luta por direitos e constituição de uma esfera pública.

Vale salientar que a participação da iniciativa privada no âmbito da política de saúde não é algo novo na realidade brasileira, podendo-se tomar como exemplo as Santas Casas de Misericórdia que, fazendo parte da esfera não-estatal, remontam o século XVI, existindo até os dias atuais, e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi criado na década de 1960 e, apesar de público, comprava os serviços relacionados à assistência médica da iniciativa privada. No campo da assistência social, no século XIX, a prática da benemerência e a ajuda aos pobres eram exercidas pelos filantropos como forma de "melhorar a vida dos semelhantes". O tom moralizador da linguagem evidentemente tinha como objetivo converter os pobres às leis da economia de mercado. Se no século XX, com a constituição do Welfare State, o Estado se tornou o maior fornecedor de serviços sociais, a partir dos anos 1970, com o desencadeamento da crise geral do capitalismo, atribuiu-se boa parte desta crise aos gastos excessivos com as políticas sociais, com retorno às práticas do século XIX, propondo-se: redução dos gastos do Estado na área social mediante a restrição de serviços; fortalecimento do "espírito de auto-ajuda" com corte nos impostos; estímulo à inserção dos indivíduos em redes de solidariedade mais informais. A partir dos anos 1990, com o aprofundamento da ideologia neoliberal, ocorre a clara publicização e o convencimento da sociedade sobre a necessidade de privatizar vários serviços e, igualmente, revigorar a sociedade civil, tornando-a co-participante na execução das funções estatais, especialmente, no âmbito das políticas sociais. Evidencia-se, assim, a mercantilização das políticas de saúde e previdência social, consideradas áreas mais rentáveis, e a refilantropização da assistência social, com a participação da chamada esfera pública não-estatal.

Na realidade brasileira, isso ocorreu a partir do Programa de Publicização, articulado por meio da criação das agências executivas e das organizações sociais (OS's), bem como, da regulamentação do terceiro setor para a execução de políticas públicas (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p. 154). Nesta perspectiva, também podem ser

incluídas as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP's), as parcerias público-privadas (PPP's) e, mais recentemente, as fundações¹⁰. Nessa nova arquitetura institucional, ainda teve espaço o serviço voluntário, ignorando o conceito constitucional de seguridade social.

Mediante a vigência destes marcos legais, vale enfatizar que as organizações sociais têm sido um importante modelo privatista que, empregado em alguns estados e municípios, vem conduzindo à ampliação da precarização das condições de trabalho e da prestação de serviços à população. Instigados pelo cenário supracitado, em âmbito nacional, têm sido constituídos fóruns contrários à transferência dos serviços de responsabilidade do Estado para as organizações sociais e à privatização da saúde. Exemplos de tal organização podem ser visualizados na constituição de Fóruns de Saúde nos estados do Paraná, Alagoas, São Paulo e Rio de Janeiro, culminando com a luta a favor da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN 1923/98, contra a Lei 9.637/98 e a favor da alteração do Inciso XXIV do Artigo 24 da Lei 8.666/93, com redação dada pelo Artigo 1º da Lei 9.648/98, que permite a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as OS's.

A "Frente Nacional pela procedência da ADIN 1.923/98 - Contra as OS's" considera importante travar a batalha pela sua aprovação, visto que se trata de um marco legal que legaliza a terceirização da gestão de serviços e bens coletivos para entidades privadas, através do repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos. Consubstancia-se a entrega do que é público na área

¹⁰ No que toca à legislação que embasa a atuação do terceiro setor no Brasil e que regulamenta as atividades das organizações, destacam-se: *Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935* – declara como de utilidade pública as sociedades civis, associações e fundações, constituídas no país, com o fim exclusivo de servir desinteressadamente à coletividade; *Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998* – dispõe sobre o serviço voluntário, sendo este, considerado atividade não remunerada, prestada por pessoa física à entidade pública de qualquer natureza, ou à instituição privada de fins não-lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade. Conforme a referida Lei, o serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista previdenciária ou afim; *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998* – dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais. Nisto, qualifica 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, culminando na transferência de atividades estatais para o setor privado; *Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999* – dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organizações da sociedade civil de interesse público, e institui e disciplina o Termo de Parceria.

do ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde, para o setor privado, subsidiando-o com recursos públicos. As instituições do Estado são extintas mediante a absorção de suas atividades por OS's, estabelecendo uma forte ameaça aos direitos sociais historicamente conquistados¹¹.

Portanto, mesmo que tal mobilização não contemple a amplitude das demandas oriundas dos processos de privatização, já que as OS's representam apenas um dos diversos modelos de privatização, a luta empreendida consolida-se como um passo de indiscutível relevância para a constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS), integralmente público e estatal, voltado aos interesses da população, e não ao seu sucateamento.

No que se refere às fundações, em específico, estas se tornaram parte do debate, de forma mais enfática, a partir da apresentação do Projeto Fundação Estatal pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, com o objetivo de promover mudanças na efetividade da gestão das políticas públicas, utilizando argumentos semelhantes aos empreendidos por Bresser Pereira em relação à “reforma” do Estado nos anos 1990 – dando materialidade ao processo de contrarreforma. A síntese de tal Projeto – disponibilizada pelo governo – expressa que as fundações estatais deverão atuar “em setores nos quais o Estado não detém exclusividade, mas atua de forma concorrente com a livre iniciativa em áreas como as de saúde, educação, cultura, esporte e pesquisa científica, entre outras” (DIEESE – CUT Nacional, 2007, p. 02). Todavia, cabe ressaltar que algumas áreas em que o Estado não detém exclusividade – a exemplo da saúde e da educação – exigem que a atuação configure-se mais amplamente como complementar do que concorrencial, considerando sua relevância diante das demandas sociais presentes¹².

De acordo com Netto (2004, p. 72), a reestruturação do Estado em curso pode ser sinalizada como “a hipertrofia da sua função de

¹¹ Vale apontar que as OS's podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório, sendo submetidas apenas por amostragem ao controle externo do Tribunal de Contas do Estado, desconsiderando o Controle Social. A dispensa de licitação, garantida às OS's para compra de material e cessão de prédios, é ilegal e abre precedentes para o desvio do erário público, a exemplo do que já vem sendo investigado pelo Ministério Público da Bahia, São Paulo e Pernambuco – estados em que esse tipo de gestão já foi instalado.

¹² Tal reflexão é compartilhada por Darze (2008, p. 40) ao posicionar-se diante do Modelo de gestão sugerido ao Hospital Ronaldo Gazola do Rio de Janeiro como “grave retrocesso” – considerando as mudanças que seriam verificadas no âmbito das relações trabalhistas diante da proposta de Fundação Estatal de direito privado.

garantidor da acumulação capitalista simultaneamente a sua atrofia como legitimador desta”. Isso, na medida em que tal reestruturação possui como fundamento a concepção de que o único regulador societal legítimo e eficiente é o mercado. Na arguta observação de Sader (2009), o Estado aqui é “mercantilizado, financeirizado”; expressão materializada da hegemonia neoliberal.

Quanto à política social, a configuração de padrões universalistas e redistributivos de proteção social foi fortemente tensionada pelas estratégias de extração de superlucros e tendências de contração dos encargos sociais e previdenciários; ainda pela supercapitalização, com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública, em que se incluem saúde, educação e previdência; e também pelo desprezo burguês para com o pacto social dos anos de crescimento, configurando um ambiente ideológico individualista e parametrado pela lógica do consumo. Capturada por esta lógica e na esteira do neoliberalismo, seu eixo estruturante, conforme já elencado, passou a ser: privatização, focalização, seletividade e descentralização (DRAIBE, 1993).

Como crítica ao contexto exposto, afirma Granemann (2008, p. 20) que a desestatização, a política monetária privilegiadora de juros excessivos, as privatizações e a redução do Estado para o trabalho por intermédio de “reformas” regressivas em relação aos direitos conquistados têm feito parte das estratégias de governo desde a década de 1990. Tais elementos continuaram presentes no governo de Luiz Inácio Lula da Silva frente à política de juros, contrarreforma previdenciária de 2003 e ênfase nas políticas dos mínimos sociais – por exemplo. A focalização torna-se evidente, haja vista sua operação na direção oposta ao estabelecido pela política de seguridade social e pelo conteúdo do direito à universalidade de acesso a padrões de vida socialmente aceitáveis. Segundo entrevista prestada pelo Economista e Professor do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, Evilásio Salvador, ao Jornal Folha de São Paulo em março de 2011, “a política social não deve se limitar a transferir renda focalizada e com condicionalidades, sem a perspectiva de emancipação das pessoas da condição de pobreza absoluta, para a inserção no mercado e em uma vida autônoma”. Ou seja, exige a atuação ampliada do Estado e a realocação do fundo público com vistas à redução e superação das desigualdades.

Para Filgueiras e Gonçalves (2007, p. 155-156), a política social focalizada de combate à pobreza, que se origina e se articula intimamente com as reformas liberais, “tem por função compensar, de

forma parcial e muito limitada, os estragos socioeconômicos promovidos pelo modelo liberal periférico e suas políticas econômicas” (baixo crescimento, pobreza, elevadas taxas de desemprego, baixos rendimentos, enfim, um processo generalizado de precarização do trabalho). Faz-se evidente, desta forma, uma política social apoiada num conceito de pobreza restrito, na medida em que reduz o número real de pobres, suas necessidades e o montante de recursos públicos orçados. Submetida ao FMI e ao capital financeiro, corrobora com o ajuste fiscal requerido dos países periféricos, sinalizando sua natureza mercantil. Enfim, “trata-se de uma política social que desloca a disputa entre capital e trabalho, própria das sociedades capitalistas, para o âmbito interno da classe trabalhadora, transformando-a num conflito distributivo que opõe os seus vários estratos” (FILGUEIRAS E GONÇALVES, 2007, p. 156). Conforme Evilásio Salvador (2011):

Os indicadores tradicionais utilizados tendem a desconsiderar a questão distributiva, a distância que separa os ricos dos pobres. Os métodos estatísticos e as referências teóricas não são neutros. Revelam critérios, julgamento de valor e ideologia para justificar determinado padrão de intervenção do Estado. Essa intervenção ocorre não para a superação da pobreza, mas como medida de produção de assistencialismo. Os indicadores de pobreza precisariam mensurar a evolução da redistribuição de renda, que passa pela desigualdade na estrutura do mercado de trabalho e pela elevada concentração de renda [...].

No cerne deste contexto, buscando identificar as formas que tem assumido a relação dos organismos governamentais com organizações da sociedade de origem privada não-lucrativa ou, mesmo, com pessoas, no caso do voluntariado, na execução ou implementação de políticas ou programas sociais, Silva, Jaccoud e Beghin (2005, p. 396) indicam a existência de três diferentes formatos ou regimes, quais sejam: a) Regime de execução não-estatal com financiamento público direto; b) Regime de execução não-estatal com financiamento público indireto; e c) Regime de mobilização de recursos privados (de trabalho voluntário, de recursos financeiros ou de bens materiais).

No Regime de execução não-estatal com financiamento público direto, ocorre a definição conjunta do foco de intervenção com o estabelecimento e formalização de um objetivo comum, através de instrumentos como o termo de convênio ou parceria. As estratégias para a consolidação de tal objetivo são definidas a partir da participação do

Estado na disponibilização de recursos (financeiros, materiais, organizacionais ou humanos), assim como, nas ações de acompanhamento e fiscalização das ações empreendidas. Neste contexto, a organização da sociedade civil tem sua participação voltada à execução das ações e, eventualmente, à identificação de fontes de recursos adicionais, sendo a responsabilidade pela consolidação do objetivo compartilhada. Diferentemente, no Regime de execução não-estatal com financiamento público indireto, o objetivo das ações não é formalizado diretamente entre os interessados e o Estado participa, indiretamente, através de mecanismos como imunidades de impostos e contribuições sociais, isenções e incentivos fiscais. E, no Regime de mobilização de recursos privados (de trabalho voluntário, de recursos financeiros ou materiais), a atuação conjunta não é diretamente formalizada entre as partes interessadas, sendo que o governo tem a possibilidade de executar ações com o apoio dos recursos privados ou mediar a alocação desses recursos entre doadores e executores privados (SILVA, JACCOUD e BEGHIN, 2005, p. 396-398).

Os elementos acima elencados e analisados, que possuem íntima vinculação à implementação do projeto de “reforma” do Estado de Bresser Pereira, podem ser evidenciados no cerne do desenvolvimento das políticas sociais no contexto atual. Sendo assim, vale a aproximação a realidades específicas, como no caso do município de Chapecó – localizado na região Oeste de Santa Catarina, como parte de mais um movimento amplo, que vem ocorrendo em diversas partes do país.

2. A CONTRARREFORMA DO ESTADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC

2.1. Contextualizando o município de Chapecó/SC

A despolitização do processo de abertura do Estado para a sociedade, presente no cenário descrito, é um dos elementos que ainda possui grande implicância no atual panorama das políticas sociais. Seus reflexos incisivos, por exemplo, podem ser observados e analisados no âmbito da gestão da seguridade social brasileira em que as políticas de previdência, saúde e assistência social seguem geridas por ministérios e orçamentos específicos, sem a necessária articulação. Na esfera da previdência, de acordo com Behring e Boschetti (2008, p. 163), um dos principais paradoxos é a exclusão quase total dos trabalhadores (principais “financiadores”) da gestão da política mediante a alegação de que a seguridade social é matéria de natureza técnica. Na área da saúde, o principal paradoxo é que o SUS, fundado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento. Quanto à área da assistência social, apesar dos avanços inerentes a sua defesa e ao aumento dos “incluídos”, vale ressaltar que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ainda não está presente em todos os municípios brasileiros e também é afetado pelos efeitos da “publicização”, ou seja, o repasse de serviços para a esfera pública não-estatal.

Diante de tal contexto, cabe enfatizar a demanda pelo fortalecimento do debate a partir da pesquisa em realidades específicas que, embora particulares, possibilitam a visualização da contrarreforma do Estado na gestão e execução das políticas sociais no contexto atual. Entende-se neste trabalho, conforme define Barbosa (2004, p. 67), que a gestão se refere tanto à questão técnica de controle do trabalho – sua organização, recursos materiais e trabalho vivo – “tendo em vista produtividade e eficiência”, assim como a “materialização das relações entre os agentes diferenciados do processo produtivo do serviço e da área mais abrangente em que está inserido”. Ou seja, a gestão do trabalho se realiza por meio de dispositivos de disputa e convencimento,

utilizando-se de recursos de poder atravessadores do conjunto das práticas sociais e ações disciplinadoras no trabalho; é um processo “tanto de produção material de coisas como de relações sociais e experiências sobre elas”, envolvendo não somente dimensões técnicas e econômicas, mas modos políticos e ideológicos de organização do trabalho, de relações entre os trabalhadores, destes com os gestores e com a população usuária. No entanto, no projeto de “reforma” do Estado, considerando a intensificação e legitimação do repasse de serviços do Estado para a esfera pública não-estatal e iniciativa privada, a gestão assume uma perspectiva fragmentada, haja vista que a execução das políticas não ocorre do mesmo lugar em que estas são pensadas, existindo uma esfera do planejamento das ações e das disputas inerentes e outra de execução dos serviços, autônoma, quase que isenta da interferência do Estado – legítimo gestor dos serviços. Desta forma, quando se utiliza, neste trabalho, o termo execução junto ao termo gestão, tem-se a intencionalidade de retratar a fragmentação existente neste processo.

Frente à aproximação à realidade do município de Chapecó – localizado na região Oeste de SC, em especial no âmbito da saúde e assistência social, pode-se perceber as incidências da realidade macrossocial na forma de gestão e execução de tais políticas.

O município catarinense de Chapecó foi criado em 1917 e, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possuía no ano de 2009 uma população de 174.187 habitantes, sendo 93% na área urbana e 7% na área rural. Com extensão territorial de 624 Km² e localizado a 569 km de distância da capital do estado (Florianópolis), o município de Chapecó configura-se como importante polo econômico da região Oeste de SC, haja vista que exerce influência sobre cerca de 200 municípios e uma população de mais de um milhão de habitantes e concentra a sede das principais empresas processadoras e exportadoras de suínos, aves e derivados do Brasil. Também possuem presença marcante ramos industriais como metal-mecânico, móveis, plásticos, bebidas, alimentos e confecções. Atualmente, as agroindústrias são a base da economia do oeste do estado, juntamente com o turismo rural.

Apesar do crescimento econômico evidenciado, de acordo com o mapa de pobreza e desigualdade dos municípios brasileiros (2003) do IBGE, a incidência da pobreza no município de Chapecó é de 33,77%, estando num patamar elevado em relação ao conjunto dos municípios catarinenses – elemento este que indica a existência de desigualdades sociais locais. A gestão do município está a cargo de coligação liderada

pelo Partido dos Democratas (DEM) desde o ano de 2005, sendo que nos dois mandatos anteriores – no período de 1997 a 2004, o município contou, historicamente, com a gestão do Partido dos Trabalhadores (PT) que, até então, nunca havia ascendido ao poder. Neste sentido, apesar das importantes mudanças empreendidas no âmbito da participação democrática, deu-se o retorno dos partidos de direita – sob influência dos interesses de grupos na liderança das elites econômicas locais.

Para desvendar o objeto em estudo, far-se-á, primeiramente, uma abordagem da gestão e execução das políticas de saúde e assistência social no período de 1997 a 2004, quando a direção política e administrativa do município esteve a cargo do PT, para, na sequência, evidenciar elementos da contrarreforma do Estado brasileiro presentes no desenvolvimento de tais políticas nas gestões seguintes, dadas no período de 2005 a 2010, no que concerne ao desenho institucional e parceria com a sociedade civil, reduzida às organizações públicas não-estatais e privadas (conforme definido no projeto de “reforma” do Estado brasileiro de Bresser Pereira), ou seja, no que se refere à participação direta desta esfera no desenvolvimento de programas e serviços inerentes às políticas sociais em análise.

A pesquisa desenvolvida e ora apresentada possui caráter qualitativo e compreendeu duas fontes de coleta de dados: documental e de campo. A pesquisa documental foi realizada por meio da consulta a documentos diversos que integraram os dois períodos em questão (1997-2004 e 2005-2010) e a pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Para uma melhor compreensão, os quadros abaixo mostram a organização da pesquisa de campo e os documentos consultados.

Política	Período	Entrevistado	Designação no texto
Saúde	1997-2004	Ex-gestor	Entrevistado I – Período 1997-2004
	1997-2004	Ex-gestor	Entrevistado II – Período 1997-2004
	2005-2010	Gestor	Gestor – Saúde
	2005-2010	Técnico	Técnico – Saúde
	2005-2010	Parceiro	Parceiro A – Política de Saúde
	2005-2010	Parceiro	Parceiro B – Política de Saúde
	2005-2010	Parceiro	Parceiro C – Política de Saúde
Assistência Social	1997-2004	Ex-gestor	Entrevistado III – Período 1997-2004

	1997-2004	Ex-gestor	Entrevistado VI – Período 1997-2004
	2005-2010	Gestor	Gestor – Assistência Social
	2005-2010	Técnico	Técnico – Assistência Social
	2005-2010	Parceiro	Parceiro A – Política de Assistência Social
	2005-2010	Parceiro	Parceiro B – Política de Assistência Social
	2005-2010	Parceiro	Parceiro C – Política de Assistência Social

Quadro 1 – Organização da pesquisa de campo: entrevistas realizadas. Chapecó, 2010.

Fonte: Construção da autora (2011).

Política	Período	Documentos consultados
Saúde	1997-2004	PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Saúde Chapecó : construindo o SUS no município, Chapecó: PMC, 1998.
	1997-2004	PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Saúde Chapecó : construindo o SUS no município, 3 ed., Chapecó: PMC, 2004.
	2005-2010	Organograma (2010).
	2005-2010	Relação dos prestadores privados com os respectivos contratos (2010).
	2005-2010	Relação de empresas e profissionais disponibilizados por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos municípios do Oeste de Santa Catarina (CIS-AMOSC) (2010).
	2005-2010	CHAPECÓ. Lei Complementar nº 339/2009 – Dispõe sobre a organização do Poder Executivo Municipal (Art. 38 – Art. 55).
Assistência Social	1997-2004	PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Política de Assistência Social e Habitação : desigualdade se combate com direitos, Chapecó: PMC, 2003.
	1997-2004	PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Política de Assistência Social e Habitação : garantindo direitos e autonomia, Chapecó: PMC, [2004].
	2005-2010	Organograma (2010).
	2005-2010	Relação de organizações parceiras (2010).

	2005-2010	CHAPECÓ. Lei Complementar nº 339/2009 – Dispõe sobre a organização do Poder Executivo Municipal (Art. 80).
	2005-2010	CHAPECÓ. Lei Complementar nº 229/2005 – Cria a Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC), e dá outras providências.

Quadro 2 – Demonstrativo da pesquisa documental: documentos consultados. Chapecó. 2010.

Fonte: Construção da autora (2011).

Mediante tais procedimentos metodológicos, buscou-se identificar os principais elementos constitutivos da contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas de saúde e assistência social na esfera municipal, com base num lócus específico, o município de Chapecó.

2.2. Gestão e execução das políticas de saúde e de assistência social no município de Chapecó no período entre 1997 e 2004

A investigação do período de 1997 a 2004, conforme explicitado, objetivou identificar em que medida elementos da contrarreforma do Estado já estariam presentes nessa gestão, visto que diferiu, em termos de ideologia política, da gestão à frente da Prefeitura no período de 2005 a 2010. Nesse período, buscou-se identificar, a partir de dados empíricos, os principais elementos estruturadores da gestão e da execução das políticas (saúde e assistência social) no plano institucional, como: forma de gestão, participação da sociedade civil na execução dos serviços prestados à população, mecanismos de controle do poder público municipal em relação às ações desenvolvidas e compartilhadas com a esfera pública não-estatal (ou terceiro setor) e privada (Vide Apêndice C – Roteiro III). Os entrevistados desse período, tendo em vista a necessidade de não identificação de nomes, são designados como Entrevistados I, II, III e IV – Período 1997-2004, sendo os Entrevistados I e II vinculados à política de saúde do período e os Entrevistados III e IV à política de assistência social (Vide Quadro I: Organização da pesquisa de campo: entrevistas realizadas).

2.2.1. Política de saúde: sociedade civil entre o controle social e a esfera pública não-estatal e privada

Inicialmente, faz-se necessário citar que os entrevistados, de forma geral, ao serem indagados acerca da participação da sociedade civil na gestão e execução das políticas sociais, remetiam-se primeiramente à participação no âmbito do controle social, isto é, em espaços consultivos e deliberativos, tais como: conselhos municipais, conselhos locais e conferências municipais. Todavia, ao serem esclarecidos e indagados a respeito da participação das organizações públicas não-estatais e privadas na gestão e execução das políticas sociais, afirmavam que esta modalidade também foi incorporada no período. Neste sentido, vale destacar, conforme mencionado, que este trabalho teve como intencionalidade identificar a presença da participação da sociedade civil na perspectiva da contrarreforma do Estado brasileiro, ou seja, dada por meio do repasse de funções do Estado para a sociedade civil, subsumida às organizações públicas não-estatais e à iniciativa privada. Isso, no entanto, não minimiza as referências à sociedade civil como campo de lutas e oposições e portadora das demandas e interesses das classes subalternizadas.

Quanto ao aspecto relativo à estrutura de gestão da política de saúde no período de 1997 a 2004, em entrevista com profissional (Entrevistado I – Período 1997-2004) que atuou nessa área no período, obteve-se a informação de que a organização administrativa englobava seis diretorias (sendo uma delas sob sua responsabilidade). Além das diretorias, a gestão da política contava com cargos de confiança técnica e política na coordenação das unidades de saúde. Os coordenadores de tais unidades, cujo ingresso foi fortalecido por meio da realização de curso de capacitação denominado Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG), reuniam-se quinzenalmente com os diretores para debate das demandas. Conforme Entrevistado I, fazia-se presente a necessidade de amadurecimento de compreensões de caráter ético e político por parte de funcionários, coordenadores e diretores – razão que justificava, em especial, a efetivação de capacitação.

Tais questões foram reafirmadas por profissional que, no período supracitado, teve sua atuação mesclada como técnico (mediante ingresso via concurso) e cargo comissionado, no exercício de coordenação da unidade de saúde com maior número de atendimentos e infra-estrutura (Entrevistado II – Período 1997-2004). Segundo o entrevistado:

Era uma gestão compartilhada. Foi o período que mais, na minha vida, eu tive formação; o período que mais a gente se reunia; uma administração marcada por isso e tudo era planejado; não se fazia nada da cabeça do gestor e que daí nós tínhamos que fazer. Era uma equipe muito boa e era planejado realmente, era organizado, chamado para reuniões, para planejamentos, planejamento estratégico; era muito trabalhado em cima disso e a partir daí as metas eram propostas e executadas (Entrevistado II – Período 1997-2004).

O depoimento anteriormente exposto indica a preocupação da gestão da saúde naquele contexto e período com a capacitação e planejamento das ações, sendo este último enfatizado como perspectiva da gestão política. No que concerne à capacitação, vale destacar sua previsão no Art. 27 da Lei nº 8.080, que expressa que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”, apontando como um dos objetivos, em seu Inciso I, a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.

Conforme o Entrevistado I (Período 1997-2004), ao assumir a gestão, o grupo responsável deparou-se com inúmeras dificuldades no que tange à estrutura disponível em todos os âmbitos. Todavia, depois de oito anos, viabilizaram grandes mudanças que foram fortalecidas com a criação do SUS. Vale ressaltar que foi em 1998 que ocorreu a instituição do Piso de Atenção Básica para viabilizar a organização de saúde neste nível nos municípios brasileiros. Porém, o entrevistado mencionou a ocorrência de sucateamento do SUS nas gestões anteriores e a diluição da perspectiva da saúde como direito universal:

[...] o SUS era sucateado no sentido de ‘vamos oferecer o mínimo para aqueles que mais gritam’, e a gente sofreu muito com isso. As pessoas que nos elegeram achavam que a gente tinha que revidar e era muito difícil fazer as pessoas entenderem que era um direito de todos, independente de quem votou ou deixou de votar. Passaram-se as eleições, o que é para um, é para todos e o critério não era apadrinhamento, é técnico e, além de técnico, é de urgência e emergência. Quem vai primeiro? Aquele que está pior, independente se ele tem título de eleitor ou

não tem. Mas como foi uma população que sempre foi menos assistida, porque eram contrários, porque brigavam, então eles achavam que a gente tinha que devolver. O objetivo não é esse, não pode ser esse. No Bairro Seminário, não tinha unidade de saúde, que é uma população miserável; Vila Rica não tinha unidade de saúde; Bairro Palmital não tinha unidade de saúde [...] (Entrevistado I – Período 1997-2004).

Segundo o entrevistado acima, foi na gestão entre 1997 e 2004 que se deu a construção das principais unidades de saúde existentes na atualidade no município de Chapecó, como também a ampliação de especialidades credenciadas junto ao Ministério da Saúde. Junto às novas implementações, também ganharam ênfase os desafios de gestão, considerando a complexidade de procedimentos e de adensamento de estruturas:

[...] Quando você constrói uma unidade, você pensa o médico, o medicamento, os exames, a tomografia, porque você está abrindo acesso. E não é acesso só ao médico; o médico vai depender de um monte de outros procedimentos [...]. Tanto que, quando a gente saiu, não tinha muito que prometer, porque a gente estava no limite do orçamento, com tudo o que havia sido implantado (Entrevistado I – Gestão 1997-2004).

As preocupações com a efetiva implementação do SUS e a representação democrática da sociedade civil através dos parâmetros da Carta de 1988 pela esfera conselhistas são traços que se evidenciam na gestão do período. Pode-se verificar que contribuem para isso as formas de inserção e militância dos integrantes da equipe de gestão. O Entrevistado I, anteriormente a sua inserção na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, atuava na Pastoral de Saúde e no Movimento Popular de Saúde. Sobre a relação estabelecida com a sociedade civil, destacou a criação dos Conselhos Locais de Saúde, que se reuniam mensalmente com a intencionalidade de planejar a política de saúde numa perspectiva mais ampla¹³, não isenta dos desafios próprios ao

¹³ Com respeito ao planejamento e orçamento da política de saúde, vale atentar para o que expressa o Art. 36. da Lei nº 8.080/1990 e seus parágrafos: “O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. § 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na

contexto que permeia a sociedade brasileira como sociedade desigual em todas as dimensões:

[...] a função deles, na verdade, era ajudar a gente a pensar a política macro. Só que o que acontece: o conselheiro tem as diversas fases; ele quer pensar Chapecó, mas ele quer pensar porque não tinha ficha para a mãe dele hoje, como é que a mãe dele foi lá no posto e não tinha nada... ‘E vocês falaram que o governo ia ser melhor do que o outro’. Claro, é o interesse primeiro, isso é bom porque ele é o usuário; ele que vai dizer para nós qual é o problema [...]. Resolvi o problema e aí nós chamávamos a atenção para a política macro. Do que as pessoas morrem em Chapecó? Por que as pessoas ficam doentes? Vamos ver porque a tua avó está sempre no médico (Entrevistado I – Período 1997-2004).

No que se refere aos conteúdos dos debates pleiteados no âmbito dos movimentos de caráter popular no cerne da política de saúde, além de citar o debate sobre questões operacionais afetas aos serviços de saúde, pode-se fazer menção ao fragmento seguinte, que destaca a discussão acerca dos recursos disponíveis no atendimento à população:

[...] eu acredito que se você explica para uma pessoa qual é a tua dificuldade quanto à questão de um serviço e quais são as facilidades, essa pessoa vai entender o quanto que ela pode solicitar; o quanto que está sendo oferecido; está certo ou não está certo. Porque, tudo bem, você tem direito, todo mundo tem direito, mas assim, se a nossa oferta hoje é de tanto, se nós explicarmos isso para o povo, se a gente conseguir fazer com que essa população entenda o que nós temos, quais são os nossos serviços, eles vão sim ter mais clareza (Entrevistado II – Gestão 1997-2004).

Sendo assim, pode-se perceber uma preocupação em apresentar os limites e possibilidades da gestão, a fim de instrumentalizar a participação popular a partir de uma perspectiva democrática. De acordo com Plínio Augusto Freitas Silveira (2004), Diretor Técnico da

respectiva proposta orçamentária. § 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde”. Sobre a mesma questão, o Art. 37 da Lei supracitada define: “O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”.

Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó de 1997 a 2004, os Conselhos Locais de Saúde, estimulados pela gestão no intuito de amadurecer concepção relativa à política de saúde, consolidaram-se como importantes estratégias de controle social da sociedade civil acerca das ações do Estado, juntamente a seu papel de propor ações demandadas pelas realidades de inserção:

O incentivo e apoio à população para que criasse os seus espaços de discussão sobre saúde e, assim, pudesse alcançar uma condição tal que lhe possibilitasse modificar aquela concepção, exigiu do gestor municipal tomar uma iniciativa, e que o tempo demonstrou ter sido bastante eficaz, no sentido de designar um dirigente cuja tarefa seria a de estabelecer contatos com as comunidades assistidas pelas equipes de saúde e convencê-las a criar os seus Conselhos Locais de Saúde. O êxito desta iniciativa foi surpreendente, uma vez que o número de Conselhos Locais de Saúde aumentou de 02 (dois) para mais de 34 (trinta e quatro) e estes passaram a desempenhar a função de canal de expressão das “vontades” da comunidade. Porém, ao longo do tempo, muito mais do que um papel meramente reivindicatório, tais conselhos acabaram por exercer atitudes francamente propositivas e fiscalizadoras da política de saúde (SILVEIRA, 2004, p. 140-141).

O Entrevistado I (Período 1997-2004) fez referência à atuação do Fórum Popular de Saúde e sua relação com a Pastoral da Saúde, citando que a criação do CIS-AMOSC deu-se em função de movimento realizado para a viabilização de acesso às especialidades pelos municípios da região.

O Entrevistado II (Período 1997-2004) também fez menção ao movimento popular emergente no âmbito da política de saúde, bem como, à ocorrência ao fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde, à perspectiva da Saúde como direito e construído de forma democrática e participativa:

Fórum Popular de Saúde, eu sei que havia, não com esse nome assim, mas eu sei que havia, por exemplo, o movimento de saúde. O movimento que era um movimento popular de saúde e que era muito atuante, que tinha toda essa... de formar as pessoas, de dar uma formação, da questão da cobrança, de cobrar os direitos, de dizer assim:

‘Eu tenho esse direito, não é um favor que está me fazendo’; começando por aí, de dizer para as pessoas: ‘Esse é teu direito’. E aí a questão mesmo da formação, o que me diferencia daquele governo, eu acho, com hoje, é a questão do fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde, na verdade, nem era só fortalecimento, era criação. Essa é a minha visão, de se criar esses Conselhos Locais de Saúde, que discutia a problemática deles ali mesmo, do que eles queriam para eles, daí depois aquilo era levado para o Orçamento Participativo, uma coisa maior para daí puxar aquilo. Tinha um movimento bem interessante e que era interligado esses Conselhos Locais com o Conselho de Saúde (Entrevistado II – Gestão 1997-2004).

Os espaços de representação em âmbito local são valorizados como possibilidades de ampliação da esfera pública; um “construto institucional” importante na vocalização de demandas populares, na definição das políticas públicas, na ampliação da cidadania e da democracia. De fato, conforme explicita Dagnino (2000), essas novas dinâmicas associativas, que marcaram mais nitidamente a década de 1990, permitem visualizar uma movimentação da sociedade civil, mesmo que através de configurações heterogêneas, para novas práticas relacionadas à construção de uma esfera pública não-estatal para exercer o controle sobre as políticas públicas.

Todavia, essa não foi a única perspectiva de participação da sociedade civil no contexto da política de saúde na gestão em análise. Com as organizações públicas não-estatais e privadas ocorria o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de serviços, em especial, no que se refere às especialidades que, quase em sua totalidade, eram acessadas via iniciativa privada:

Tinha, porque, por exemplo, a TRS – Terapia Renal Substitutiva ou a hemodiálise, popularmente falando, nunca um governo é louco de botar, nem o governo do estado, nem em Florianópolis; é tudo serviço complementar, porque é caríssimo, é um dinheirão, mas para quem vende o serviço. Então, são profissionais bastante caros e você não tem demanda para ter uma clínica [...]” (Entrevistado I – Período 1997-2004).

Sim, sempre havia e sempre vai haver. Na saúde, na verdade, o SUS não consegue sem ter os complementos da iniciativa privada, é difícil. Então alguns serviços eram comprados sim (Entrevistado II – Período 1997-2004).

Neste sentido, vale atentar para o Parágrafo 2º do Art. 4º da Lei nº 8.080/1990 que define que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Porém, conforme se pode constatar por meio dos depoimentos acima, para no âmbito da gestão da saúde o discurso de um Estado incapaz de dar conta da atenção nesta área, numa perspectiva integral, sem depender da esfera privada. Ou seja, a esfera privada, que, segundo a legislação, poderia assumir o papel de complementar, assume, muitas vezes, um papel central. E, neste patamar, passa a integrar o SUS de forma efetiva, interferindo em sua perspectiva, na medida em que este, de acordo com o caput do mesmo artigo supracitado, é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]”.

Na própria legislação brasileira, que antecede a implementação do projeto de “reforma” do Estado no Brasil, a esfera privada é citada de forma frequente e enfática. Conforme os artigos da Lei nº 8.080/1990, que se considera importante reproduzir:

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e **os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)** são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal[...] (grifos da autora).

Art. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante **participação complementar da iniciativa privada**, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (grifos da autora).

Art. 20. Os **serviços privados de assistência à saúde** caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde (grifos da autora).

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada (grifos da autora).

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento (grifos da autora).

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público (grifos da autora).

Ao legitimar a participação da esfera privada no âmbito da política de saúde no cerne da própria legislação, constata-se que a direção de tal política já assumia uma perspectiva privatista, que seria reforçada pelo ideário do BM, em documentos posteriormente publicados para o Brasil (em 1991, 1995, 2007), e expandida para as diversas esferas de governo que contribuíram para o seu fortalecimento.

De uma perspectiva complementar, a abertura à iniciativa privada provocou a apropriação dos serviços sociais na área da política de saúde como possibilidade de mercantilização e lucratividade, trazendo para esta área a lógica e a racionalidade privadas. Como campo preferencial deste processo, a saúde se constitui como uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades para o mercado privado (DERENGOWSKI, 2004)¹⁴. Raquel Cavalcanti Soares (2010, p. 344-345) indica que as experiências de privatização da gestão da política de saúde no Brasil vêm ocorrendo de forma fragmentada por meio de: implementação das organizações sociais; aprovação regional ou local de fundações estatais de direito privado e efetivação de parcerias público-privadas.

Neste aspecto, também Laura Tavares Ribeiro Soares (2001, p. 45) alerta que a privatização das políticas sociais, conforme apresentada acima, como elemento central da estratégia neoliberal, provoca interesse

¹⁴ De acordo com Derengowski (2004), as possibilidades para o mercado na área da saúde vão desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda até a indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácia, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações, etc.

na medida em que a administração de fundos e produção de serviços pertinentes a tais políticas podem converter-se em atividades economicamente rentáveis. A garantia de mercado nessa área passa por estratégias voltadas à: criação de demanda dos benefícios e serviços privados, que ocorre com a desqualificação dos serviços públicos; geração de formas aceitáveis de financiamento para dar suporte aos altos custos dos benefícios ou serviços privados; maturação do setor privado para aproveitamento do incentivo a sua expansão mediante a retração estatal.

Essa retração estatal diverge dos princípios garantidos na Constituição de 1988, que, segundo Nilson Rosário da Costa (2009), foi gradualmente desfigurada, visto o antagonismo entre os preceitos orientadores do paradigma neoliberal no âmbito da questão social e os preceitos orientados pela Carta Constitucional. Assim, a perspectiva de Estado de bem-estar social foi substituída pela perspectiva de Estado mínimo; a seguridade social pelo seguro social; a universalização pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais pelo Estado regulador e pela privatização; e os direitos trabalhistas pela desregulamentação e flexibilização.

Diante do contexto exposto, vale citar uma estratégia mencionada por Gastão Wagner de Sousa Campos (2007) no que se refere à tentativa de assegurar o prosseguimento da reforma sanitária brasileira e a consolidação do SUS. Para ele, faz-se necessário “estimular a constituição de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e da instituição de políticas de proteção social no Brasil”. Neste sentido, aponta a demanda pela junção da luta pelo SUS e da luta pela distribuição de renda e fortalecimento de políticas voltadas à habitação, educação e segurança pública, incitando o debate acerca da realocação de recursos destinados ao pagamento da dívida e juros para o campo social. Campos (2007) defende, desta forma, a articulação da defesa do SUS às reformas da ordem social e política brasileira.

Sobre a expressa dependência em relação à esfera privada, o Entrevistado I (Período 1997-2004) referiu-se também aos municípios de pequeno porte da região Oeste de SC no que concerne às dificuldades de adensamento de serviços próprios pertinentes às especialidades mais complexas e custosas. Os recursos federais para o acesso às especialidades em tais municípios já eram repassados, à época, para o

Fundo existente no município de Chapecó, que, sendo Gestão Plena¹⁵, efetivava o repasse aos prestadores da área da saúde e realizava o controle e a avaliação da utilização de tais recursos:

[...] Então alguém da tua família precisava, você vinha, mesmo que fosse de Campo Erê; passava na Secretaria de Saúde de Chapecó; a gente autorizava porque daí tinha que ter raio-x, tinha que ter comprovação da necessidade do procedimento. Então, nós autorizávamos e o governo federal passava o dinheiro no nosso caixa e nós passávamos a conferir se as pessoas foram atendidas ou não. A clínica processava, nós importávamos o disquete e gerava o pagamento [...]. (Entrevistado I – Período 1997-2004).

Segundo o entrevistado supracitado, durante a gestão que integrou, foram adquiridos alguns equipamentos para a efetivação de exames integrantes das especialidades mais demandadas, mas até o limite de recursos disponíveis.

Quanto aos marcos institucionais ou mecanismos existentes para respaldar a participação de organizações do terceiro setor e da iniciativa privada na execução dos serviços de caráter público na área da saúde, os entrevistados citaram que, na época, contavam com a Lei nº 8.080/1990 – a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”; a Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde, que, de acordo com seu Art. 1º, estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS; e a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O controle do poder público acerca dos serviços efetivados pela esfera não-estatal era realizado por meio de auditorias que atentavam para o âmbito quantitativo e qualitativo dos atendimentos. “Controlava os serviços desde a quantidade que está no contrato, se era bem atendida, como qualidade” (Entrevistado I – Período 1997-2004). Tais

¹⁵ Sobre a Gestão Plena na área da Saúde, vide: Portaria 2.203, de 05/11/1996 – aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde; Portaria 373, de 27/2/2002 – aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002); Resolução nº 399, de 22/2/2006 – divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

auditorias eram realizadas por um setor específico de auditoria e avaliação.

Havia então o setor de controle e avaliação que estava sempre fazendo as auditorias, realmente fazendo o trabalho de investigação dos casos. Havia uma denúncia, por exemplo, você foi mal atendido, então a gente encaminhava para aquele setor que ia apurar todas as irregularidades, tomar o depoimento da pessoa; houve uma cobrança do médico, era pelo SUS e mesmo assim ele cobrou. Então ia tudo para o Setor de Controle e Avaliação, que acredito que era um dos melhores da nossa região, até não sei se do Estado [...]. Era fantástico, não passava nada, tanto que o hospital tinha que fazer miudinho, fazer certinho porque ele sabia que, se não estivesse correto nas contas, o Setor de Controle e Avaliação ia pegar (Entrevistado II – Período 1997-2004).

A experiência vivenciada pela gestão da política de saúde no município de Chapecó no período entre 1997 e 2004 resultou na edição de duas publicações nomeadas: “Saúde e humanização: a experiência de Chapecó” (2000) e “Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho” (2004). Segundo o Entrevistado I (Período 1997-2004): “Foi uma experiência muito boa, principalmente para mim, que fiquei doze anos arrebatando o povo contra as Prefeituras; depois cheguei lá; era uma questão de honra provar que o SUS é capaz e que os caras não faziam nada” [...](Entrevistado I – Período 1997-2004). E ainda:

Foi o maior avanço que a gente teve. A saúde tinha uma excelência. Nós estávamos assim... eu sou apaixonada por esse período da história de Chapecó, porque eu vejo que a gente tinha... quem queria trabalhar, estava a fim de fazer por aquele município, podia. Você tinha uma ideia, não era cortada. [...] Nunca fomos tolhidas naquilo, por questões políticas, nem nada. Mas eu vejo que foi um período muito bonito, porque houve produção teórica daquele período; pessoas muito inteligentes estavam à frente, ensinando. Inteligentes por quê? Eu quero dizer que eram intelectuais, que hoje são nomes a nível de Brasil [...] (Entrevistado II – Período 1997-2004).

Na esteira das reflexões de Gramsci, as classes, em seu processo sócio-histórico, formam os intelectuais necessários para a manutenção ou a disputa da hegemonia. Estes exercem uma função importante nos processos organizativos, na disseminação de ideias e valores direcionados tanto a fortalecer os interesses dominantes ou, ao contrário, os interesses da classe trabalhadora. Observando a realidade e o contexto do município de Chapecó no âmbito desta pesquisa, percebe-se que a equipe à frente da política de saúde nesta gestão tinha em seu horizonte o fortalecimento de ideias e valores vinculados à defesa da saúde como política pública na perspectiva de direito universal. Mesmo já se verificando a participação da esfera pública não-estatal e da iniciativa privada na execução dos serviços, o que predomina neste período é a ideia de uma sociedade civil com lugar estratégico na ampliação da esfera pública, destacando-se a primazia do Estado na execução da política de saúde.

2.2.2. Política de assistência social: o caminho da refilantropização

Entre 1997 e 2004, a política de assistência social apontada pela LOAS buscava consolidar o seu ordenamento e suas ações incluindo a participação da sociedade civil. Os caminhos percorridos no desenvolvimento de tal política no município de Chapecó seguiram essa perspectiva na gestão do governo democrático popular, com vistas à efetivação da assistência social como direito de cidadania. Isso ocorre em um contexto de mudanças no cenário nacional quando, em 1995, o governo de FHC cria o Programa Comunidade Solidária através de medida provisória e extingue vários órgãos governamentais responsáveis por ações sócio-assistenciais. A criação deste programa colidia diretamente ao determinado na Carta de 1988 em relação à seguridade social, obstruindo o diálogo com inúmeros interlocutores e provocando o esvaziamento dos mecanismos institucionais da democracia.

A nova relação Estado-sociedade civil pautada na filosofia da colaboração foi catalisada pelo Programa Comunidade Solidária, coordenado pela então primeira-dama do país Ruth Cardoso, fomentador de empresas cidadãs voltadas ao desenvolvimento social sustentável. Nesta perspectiva, começaram a despontar empresas de responsabilidade social, que se organizaram no

Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE), criado em 1995, e no Instituto Ethos de Responsabilidade Social, criado em 1998. A noção de “capitalismo ético” vem guiando as ações das empresas associadas ao Instituto Ethos, que se tornou uma organização empresarial “cidadã” internacional com assento no Conselho Internacional do Pacto Global criado em 2000 pela ONU para tornar o mercado mundial mais humano (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000, *apud* FALLEIROS, PRONKO e OLIVEIRA, 2010, p. 87-88).

Deste modo, segundo Neves (2005, p. 95), conformava-se no Brasil uma direita para o social sob direção estatal. Também emergiram deste contexto as OS's, criadas a partir de estímulos fiscais (isenções) para partilhar, por meio de parcerias, responsabilidades com a aparelhagem estatal nas áreas de educação, saúde e assistência social. Essa nova arquitetura da sociedade civil acomodou “um associativismo prestador de serviços sociais de ‘interesse público’, em oposição ao associativismo majoritariamente reivindicativo dos anos 1980”. Alguns traços desse projeto político podem ser visualizados no município de Chapecó, embora os esforços da gestão desse período ainda contenham as premissas do projeto erigido no texto constitucional.

Em entrevista com profissional que atuou na gestão da política de assistência social no período entre 1997 e 2004 (Entrevistado III), foram acessados elementos pertinentes à gestão e execução desta política neste espaço e tempo. Conforme o entrevistado, o órgão que geria a política de assistência social denominava-se Secretaria do Desenvolvimento Comunitário e Habitação. Foi no final da segunda gestão do PT, após significativa mobilização e articulação, que a nomenclatura passou a ser Secretaria de Assistência Social e Habitação para, na sequência (a partir de 2005), ser transformada na Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC); questão que será devidamente retomada a seguir, mediante exposição de sua íntima vinculação à racionalidade da contrarreforma do Estado brasileiro.

O profissional entrevistado, que na ocasião ingressou na Prefeitura Municipal via concurso público, sendo chamado posteriormente a assumir um cargo político, relatou que a gestão da política de assistência social deparou-se, inicialmente, com um quadro de funcionários reduzido e defasado, o que repercutia nas formas de atuação. O concurso público efetivado possibilitou a ampliação do quadro e do trabalho e, conseqüentemente, o redirecionamento das

ações. Na entrevista, também foi mencionada a inserção dos princípios do PT no Plano de Governo para a área da assistência social, cujo entendimento ainda demandava aprofundamento. Observou-se o interesse no que concerne à implantação do SUAS: “[...] porque entendemos a importância de mostrar a cara da assistência social como um direito; uma política pública e direito do cidadão [...]. Então isso mostrava diferença” (Entrevistado III – Período 1997-2004). Vale ressaltar que a realização da IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003, no início do Governo Lula, representou um marco significativo no debate e nos novos termos dessa política na realidade brasileira, a partir do qual são definidas as bases do novo modelo de gestão através do SUAS. Além disso, evidencia-se o papel do município, como ente federativo a quem compete, em primeira instância, a execução da política de assistência social.

Conforme depoimento do entrevistado, antes mesmo, já ocorria no município um esforço no sentido de fortalecer a atuação da sociedade civil nos espaços de controle social, dados por meio dos Conselhos Municipais e Conferências nas diferentes esferas:

A gente procurou fortalecer o Conselho Municipal de Assistência Social; era a Secretaria que mais tinha Conselhos; tanto é que criamos uma Secretaria Executiva dos Conselhos [...]. Quando tinha Conferência da Assistência Social, que é uma das coisas que a gente também não abria mão de fazer e fazer bem feito, a gente trabalhava feito doido; fazia as pré-conferências localizadas, mais regionalizadas, preparando o pessoal para vim para a Conferência Municipal, depois ir para Estadual e aí afora. Particpei da Conferência Nacional da Assistência Social. Dentro do Partido, tem uma organização interna setorial que discute especificamente essa política e me ajudou muito (Entrevistado III – Gestão 1997-2004).

Tais elementos também foram mencionados pelo quarto profissional entrevistado (Entrevistado IV – Período 1997-2004), que atuou na Prefeitura Municipal de Chapecó no período que compreendeu 2001 a 2004, sendo, no primeiro ano, Gestor da política de habitação – que integrava a mesma Secretaria que abarcava a política de assistência social, e, a partir do segundo ano, Gestor da Secretaria do Desenvolvimento Comunitário e da Habitação como um todo. Este possui experiência na atuação no âmbito do movimento sindical ligado à

CUT e também na gestão da política de assistência social em município de pequeno porte. Segundo ele:

O Conselho de Assistência Social de Chapecó sempre foi muito atuante. Primeiro, por Chapecó ser uma cidade polo; ter uma universidade; ter um curso de Serviço Social, por mais que a política de assistência social não é a política dos assistentes sociais, mas, desde a criação do Conselho, teve uma participação muito ativa da universidade. Então, nós contávamos, na época da criação dos Conselhos, dos Fóruns, antes dos Conselhos. Então, a atuação do Conselho sempre foi muito incisiva, muito presente. Então, a política tinha o controle social efetivo desta política. Vamos dizer assim: efetivo dentro das suas limitações também, que sempre vamos ter limitações (Entrevistado IV – Gestão 1997-2004).

Ocorreu destaque ainda ao debate implementado a respeito das demandas pertinentes à política de assistência social e ao processo de descentralização da gestão, desencadeado na época, por meio da criação de nove Regionais de Assistência Social (RAS's), o que convergia com o debate que culminou, posteriormente, na criação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS's) – daí centralizados no número de seis.

[...] A gente fortaleceu, ampliou, qualificou a regionalização ou a territorialização da assistência social, ampliando a equipe, qualificando estes profissionais, efetivando profissionais do concurso. [...] Efetivamos psicólogos, efetivamos o assistente social, o pedagogo, menos o advogado, porque não tinha concurso, não tinha sido feito, então, não tinha como chamar do concurso na época. E a gente passou a efetivar então outros serviços, para de fato ser continuado. [...] Hoje é outra relação de financiamento (Entrevistado IV – Gestão 1997-2004).

A gestão também tinha como pauta a articulação com as demais políticas do município, haja vista a análise de que as demandas pertinentes à política de assistência social assumiam um caráter mais amplo, necessitando de mudanças no âmbito das estruturas postas. Neste sentido, havia um Grupo de Trabalho de enfrentamento à pobreza e desenvolvimento social que contava com uma Coordenação Intersectorial do Programa Geração de Trabalho e Renda.

Apesar das preocupações evidenciadas no tocante à afirmação da política de assistência social como responsabilidade do Estado, à busca de profissionalização dos quadros e à participação democrática da sociedade civil através da esfera conselheira, já nesse período, o enfoque participacionista do terceiro setor se fazia presente. A rigor, esta não é uma novidade, dado que as práticas filantrópicas e do “bem fazer” são traços marcantes e fortemente arraigados na institucionalidade brasileira. Ademais, conforme expressa Raichelis (1998), a prática terceirizada no campo da assistência social não é nova uma vez que o repasse de verbas públicas para instituições assistenciais sempre foi realizado por meio de convênios, subvenções e contratos, mediante isenção de tributos às organizações executoras de programas sociais.

Portanto, no que se refere ao estabelecimento de parcerias com as organizações públicas não-estatais e privadas para a gestão e execução da política de assistência social no período entre 1997 e 2004, evidenciou-se que estas eram comumente praticadas, em especial, no que concerne à atenção à infância e à adolescência, na oferta de serviços de caráter socioeducativo. Nisto, vale destacar que a maioria das parcerias estabelecidas no período de 2005 a 2010, conforme estudo que será apresentado nos itens seguintes, já existiam desde o período anterior, todavia, de acordo com os Entrevistados III e IV, sem sobressair-se aos serviços diretamente prestados pela esfera governamental, em sua totalidade.

Eu não saberia dizer a proporção, mas o percentual... com certeza, a maioria dos serviços e da população atendida era serviço direto; serviço direto executado pela Secretaria, porque nós conhecíamos quais eram as entidades conveniadas e a maioria... por exemplo, o maior volume de atendimento de pessoas crianças e adolescentes; nós atendíamos, em média, 3 mil crianças e adolescentes no período inverso (contra-turno escolar), na assistência. Se juntasse esporte e cultura, dava quase 10 mil crianças atendidas no período inverso da escola, com as escolinhas, com as oficinas de artes e os programas socioeducativos das crianças e adolescentes. E a maioria destes serviços eram diretos. Eram servidores públicos e os locais, a estrutura física... aí tinha de tudo... tinha própria, tinha alugada, tinha cedida, tinha diferentes condições, inclusive, físicas de funcionamento de programas. Então, esse era um desafio; você ir melhorando as

condições, o espaço físico, etc (Entrevistado IV – Período 1997-2004).

As parcerias ocorriam por meio da efetivação de convênios, renovados anualmente, que implicavam o repasse de recursos, alimentos e a cessão de pessoal. Também identificou-se a ocorrência de participação da universidade local, de caráter comunitário, para a efetivação de capacitação dos servidores, com destaque para a formação continuada, devido aos desafios pertinentes aos processos de descentralização pleiteados. Os funcionários das organizações públicas não-estatais, prestadoras de serviços, também participavam de momentos de capacitação, embora de forma pontual.

O controle do Poder Público sobre a gestão não-estatal da política de assistência social, à época, era efetivado por meio da apresentação de relatórios periódicos por parte das organizações parceiras e pela atuação de equipe de monitoramento e avaliação, que integrava a secretaria executiva dos conselhos municipais, onde era definida de forma paritária a representação entre Poder Público e sociedade civil. Tal equipe realizava visita à organização candidata à parceria e emitia relatório submetido à análise dos conselhos correspondentes à modalidade de serviço oferecido. Os marcos legais que regularizavam as parcerias eram as legislações pertinentes aos conselhos municipais. “[...] A regulamentação se dava muito a partir do papel do Conselho enquanto órgão deliberativo e fiscalizador” (Entrevistado IV – Período 1997-2004).

Vale citar ainda que, no âmbito da gestão política de forma geral, no período entre 1997 e 2004, o Entrevistado IV enfatizou a implementação do orçamento participativo, bem como, os seus dilemas e desafios:

[...] O recurso público era distribuído nas diferentes regiões da cidade conforme a política que aquela região tinha eleito como prioridade. Então havia um conflito em você atender a população de determinadas regiões, que tinha eleito a habitação como prioridade, e o que você fazia com a população que estava na mesma situação em áreas irregulares, etc, mas que não havia recurso destinado para aquela área porque não era prioridade; a região não tinha eleito a habitação como prioridade. Então, tinha um conflito entre: quem não era prioridade, não tinha eleito no orçamento, vinha para o plantão social como casos individuais. As regiões que tinham

eleito pelo orçamento participativo, vinha uma demanda mais organizada, que era coletiva (Entrevistado IV – Gestão 1997-2004).

Tal contexto impôs avanços e, ao mesmo tempo, desafios à gestão, que optou por fortalecer a mobilização da população através da formação de comissões com abrangência de todas as áreas do município.

Num ano, nós organizamos comissões em todas as áreas. Eram quase cem áreas irregulares aqui em Chapecó e, provavelmente, isso se multiplicou. Aí fizemos o I Encontro Municipal das Áreas Irregulares, das Comissões das Áreas Irregulares. Eu lembro que o primeiro exercício que a gente construiu com eles era o conceito de moradia; o que eles compreendiam por acesso ou direito à moradia. E eu lembro que eles desenharam uma casa num cartaz e foram depois fazendo flechas para além da casa: o direito ao trabalho, o direito à escola, à saúde, à assistência, ao transporte, ao serviço da coleta seletiva. Então, para eles, o direito à moradia era o acesso à cidade. E esse conceito você vai encontrar no Estatuto da Cidade, que é uma produção social dos movimentos e que fazia parte da realidade deles. Não precisava ser nenhum teórico para criar um conceito tão rico e abrangente para além dos tradicionais urbanistas, que não compreendiam; compreendiam o direito à habitação como o direito à casa. Ponto final (Entrevistado IV – Gestão 1997 a 2004).

Na concepção de Avritzer (2007), o orçamento participativo (OP) é a experiência de participação local mais discutida no Brasil. Viabilizado pelo governo do PT em Porto Alegre no período de 1989 a 2002, foi efetivado como forma de participação local em 103 municípios brasileiros, inspirando também formas de participação em nível internacional¹⁶. Neste sentido, tem suscitado questões no âmbito de diferentes debates teóricos, entre sociedade civil e democracia, acerca do aprofundamento da democracia e das instituições. De acordo com o autor, o OP “é uma forma de rebalancear a articulação entre a democracia representativa e a democracia participativa”, com base em quatro elementos: cessão da soberania por aqueles que a detêm como

¹⁶ Conforme Avritzer (2007), experiências de participação em Montevidéu, Córdoba e Saint-Dennis, na França, reivindicaram a sua similaridade com a experiência de orçamento participativo experienciada em Porto Alegre.

resultado de um processo representativo no nível local a um conjunto de assembleias regionais e temáticas com universalidade participativa; re-introdução de elementos de participação em nível local (tais como assembleias regionais) e de elementos de delegação em nível municipal (tais como os conselhos); autorregulação soberana, ou seja, definição das regras pelos próprios participantes; tentativa de reversão das prioridades de distribuição dos recursos públicos por meio de fórmula técnica de determinação de prioridades orçamentárias voltadas aos setores mais vulneráveis da população.

No que tange especificamente à experiência de OP de Chapecó, Avritzer (2007) destaca que se configurou como desafiadora devido a sua tentativa de integrar o processo deliberativo no âmbito da área rural a uma experiência que tem sido eminentemente urbana. Todavia, apesar de desafiador, foi um evento bem-sucedido que integrou a existência de pré-condições dadas pelos movimentos sociais rurais, pelo interesse político dos gestores, pela capacidade de aumentar a arrecadação tributária (ampliação do orçamento público) e pela adaptação do desenho institucional do OP – que era predominantemente para o oferecimento de benefícios de caráter urbano¹⁷.

Concluindo este breve resgate da perspectiva da gestão e execução das políticas de saúde e assistência social no município de Chapecó, no período de 1997 a 2004, é possível asseverar a preocupação com uma gestão voltada à descentralização dos serviços, à democratização das decisões com respeito às instâncias participativas da sociedade civil, através dos conselhos locais, municipais e outros fóruns de participação. No processo de gestão, constatou-se, mediante entrevistas, a preocupação do governo municipal em relação à organização dos serviços, à infraestrutura física, aos recursos humanos e à abertura à participação popular, especialmente articulada através das estratégias conselhistas.

Sendo assim, no contexto das gestões do período de 1997 a 2004, no município de Chapecó, apesar de a sociedade civil também ser tomada como executora de serviços sociais públicos, pode-se perceber a predominância da perspectiva de fortalecimento da gestão democrática e da presença efetiva do Estado.

¹⁷ De acordo com Rover (2002), foram inseridos nos debates do OP em Chapecó, nas regiões de caráter rural, “programas de melhoramento e conservação do solo, programas de melhoramento e produção animal, programas de produção de sementes, programas de apoio à fruticultura, feiras livres, reflorestamento, agro-turismo, saneamento, abastecimento de água no meio rural e agroindústrias rurais de pequeno porte”.

2.3. As políticas de saúde e de assistência social em Chapecó no período de 2005 a 2010

Após realizar uma análise da gestão e execução das políticas de saúde e de assistência social no período de 1997 a 2004, que esteve sob a direção de coligação liderada pelo PT, partir-se-á para a análise do período de 2005 a 2010, cuja gestão do município esteve a cargo da coligação liderada pelo DEM. Nesta análise, serão considerados os seguintes aspectos: desenho institucional; participação das organizações públicas não-estatais e privadas na gestão e execução das políticas de saúde e assistência social; limites da interferência do Estado na execução não-estatal dos serviços públicos; controle do Estado sobre a participação da sociedade civil; avaliação da execução compartilhada das políticas sociais entre Estado e esfera pública não-estatal e privada.

2.3.1. Sobre o desenho institucional

Com relação ao desenho institucional, as políticas de saúde e assistência social, de 2005 a 2010, estavam organizadas em diretorias e gerências executivas e integradas por diversos programas específicos.

A Secretaria Municipal de Saúde, conforme organograma consultado (Anexo D), é composta pelas seguintes diretorias: Diretoria de Administração, Finanças e Infraestrutura, abarcando as Gerências do Trabalho e Educação na Saúde e de Apoio Operacional; Diretoria de Atenção à Saúde, composta pelas Gerências de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Atenção Especializada e Vigilância em Saúde; Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, que compreende as Gerências de Regulação e Controle e de Autorização e Tratamento Fora do Domicílio. A Gerência de Projetos e Planejamento está vinculada diretamente à Secretaria de Saúde, assim como, a Secretaria de Saúde Adjunta.

A política de assistência social também contou com alterações em sua estrutura organizacional diretiva. Está composta por cargos de direção e de gerência, sendo: Gerência de Proteção Básica; Gerência de Proteção Especial; Gerência de Relações Comunitárias; e Gerência de Segurança Alimentar (Anexo G). Essa organização em “gerências”, segundo Técnico da política de assistência social entrevistado, está “dentro de uma configuração [...] de acordo com o SUAS; para adequar essa estruturação às mudanças que o SUAS trouxer” (Técnico – Assistência Social).

De acordo com Técnico da política de assistência social entrevistado, a Gerência de Proteção Básica possui uma abrangência maior pelo número de pessoas atendidas e estrutura disponível, contando, atualmente, com seis CRAS's e com as ações pertinentes à Atenção ao Idoso, Atenção à Mulher e Infância (família), Atenção à Pessoa com Deficiência e Programas de Transferência de Renda. Todavia, as ações mais complexas estão no âmbito da Gerência de Proteção Especial, que inclui os Serviços de Média Complexidade (Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Resgate Social e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e os Serviços de Alta Complexidade (Sistema de Abrigamento de Crianças, Idosos, Mulheres e Pessoas com Deficiência). A Gerência de Relações Comunitárias inclui as ações pertinentes à qualificação profissional e a Gerência de Segurança Alimentar abarca o Restaurante Popular, Cozinha Comunitária, Banco de Alimentos e Programa de Aquisição de Alimentos.

A estrutura de gerências passou a integrar o organograma da gestão das políticas de saúde, assistência social e demais políticas do município de Chapecó a partir de 2009, de acordo com organização apresentada pela Lei Complementar nº 339, de 02 de março de 2009¹⁸. Bresser Pereira *apud* Silva Jr (2005, p.129) assim argumentava sobre a necessidade de implementar uma “nova administração pública”:

¹⁸ Vale citar que, de acordo com o Art. 4º da Lei Complementar nº 339/2009 do município de Chapecó, “para revitalizar o serviço público, desenvolver os meios indispensáveis ao cumprimento eficiente de suas finalidades, a organização do Poder Executivo deverá: I - democratizar a ação administrativa, através da participação direta da sociedade civil, de forma a contemplar as aspirações dos diversos segmentos sociais, possibilitando a criação de canais de participação e controle sobre a execução dos serviços públicos, especialmente através de conselhos municipais e de consultas e audiências públicas e da gestão titulada como "Chapecó Compartilhada"; II - melhorar os indicadores e a avaliação do desempenho da Administração Pública Municipal com o objetivo de obter alocação ótima e adequada racionalização dos recursos públicos no atendimento às necessidades da população; III - melhorar a qualidade e a abrangência dos serviços públicos municipais, que deverão observar os princípios da universalidade, equidade, igualdade, modicidade e adequação; IV - estimular a gestão desconcentrada, quer territorial, funcional ou socialmente, a fim de aproximar a ação governamental dos cidadãos-usuários e promover o desenvolvimento local, funcionando como agente de mobilização e integração dos recursos sociais; V - estabelecer um modelo de gestão com orientação finalística, avaliado por indicadores objetivos de desempenho, capaz de possibilitar o aumento do grau de eficiência e responsabilidade dos gestores públicos; VI - implementar na gestão governamental o planejamento estratégico e a gestão integrada das políticas públicas; VII - estabelecer formas de comunicação governo-sociedade que permitam a adoção e participação da perspectiva do cidadão-usuário nas ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços públicos; VIII - preservar o equilíbrio das contas municipais e aumentar a capacidade de investimento do Município”.

A abordagem gerencial, também conhecida como "nova administração pública", parte do reconhecimento de que os Estados democráticos contemporâneos não são simples instrumentos para garantir a propriedade e os contratos, mas formulam e implementam políticas públicas estratégicas para suas respectivas sociedades, tanto na área social quanto na área científica e tecnológica. E para isso é necessário que o Estado utilize práticas gerenciais modernas, sem perder de vista sua função eminentemente pública.

O próprio projeto de “reforma” de Bresser Pereira, conforme a realidade de Chapecó acima apresentada pragmaticamente, vem sendo efetivado nas diferentes esferas públicas e instituindo uma nova racionalidade político-administrativa, iniciada no governo FHC e prosseguida no governo do PT. Foi questionado assim o projeto de saúde resultante da Reforma Sanitária, direcionando-se a um projeto de saúde privatista, intimamente vinculado às orientações do BM e tendo como base a política de ajuste, a contenção de gastos mediante racionalização da oferta e a descentralização com a desresponsabilização do Estado, que “é responsável apenas em garantir o mínimo aos pobres, pois são os que não têm o poder aquisitivo, enquanto o setor privado responsabiliza-se pelo atendimento aos cidadãos consumidores” (CORREIA, PINHEIRO e SILVA, 2010). São os reflexos das propostas que visam contrarreformar o Estado, minimizando-o:

Essas contrarreformas têm influenciado as políticas sociais de várias maneiras, através do corte nos gastos sociais, diminuição do setor público por meio das privatizações, e introdução de meios característicos do mercado no setor público; por meio do fortalecimento do gerencialismo que dá ênfase na flexibilização da administração e das modalidades de contratação de funcionários; diminuição de mecanismos de contratualização entre governos e instituições públicas (CORREIA, PINHEIRO e SILVA, 2010).

A perspectiva gerencial, como afirma Nogueira (2005, p. 47-48), esteve enfaticamente inserida no contexto reformista do Estado por priorizar o controle de resultados em detrimento do monitoramento do processo; a concessão de maior autonomia aos órgãos públicos; a descentralização de estruturas e atividades; a flexibilização de procedimentos na intencionalidade de incentivar a competitividade e

uma suposta agilidade. Neste sentido, o autor ressalta que, embora o “paradigma gerencial” previsse a constituição de um aparelho de Estado enxuto, tecnicamente qualificado e animado por um serviço público profissionalizado (com carreiras claras, educação continuada, melhor remuneração e avaliação de desempenho), é inegável a pretensão de demonstrar o aumento da performance estatal como resultado da introdução de mecanismos de mercado na gestão pública.

Especificamente, sobre o desenho institucional da política de assistência social, de acordo com dados coletados, averiguou-se que esta possui um órgão gestor denominado Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC), criado em 2005, sendo um órgão de administração pública direta, que possui status de Secretaria com orçamento e gestão próprios, vinculado ao poder executivo municipal, como as demais Secretarias¹⁹. Com respeito a tal questão, o Entrevistado IV (Período 1997-2004) teceu as seguintes considerações que se julgou importante transcrevê-las:

Eu acho que primeiro foi uma luta política de duas perspectivas diferentes de política de assistência social; não de política de assistência social, mas, de atuação nessa área. Primeiro, porque a perspectiva que a gente vinha construindo de valorização do controle social, do fortalecimento da identidade da assistência social enquanto política pública, de direito do cidadão, que a gente trabalhava isso como princípio, com a extinção da Secretaria de Assistência, a forma que foi feita, ela ignorou, passou por cima do Conselho, que era o órgão deliberativo, que se posicionou contrário. Houve uma audiência pública na Câmara de Vereadores com mais de trezentas pessoas, a Universidade, os estudantes de Serviço Social em peso, servidores. Todas as falas da sociedade civil naquela audiência foram contrárias à extinção da Secretaria de Assistência Social; todas foram contrárias, mas não era essa a perspectiva política do Gestor que assumia. E a perspectiva política era a do atraso; quer dizer, era colocar a primeira dama como presidente de honra; era colocar uma diretora da Fundação que era religiosa, era de uma religião, não era católica, era uma religião aí evangélica, nem sei, mas era uma pastora, enfim...

¹⁹ Razão esta que tornará mais densa a discussão acerca da política de assistência social neste item.

Tu vê a estrutura da FASC, a criação da Diretoria do Voluntariado. Tu já começa a notar qual é a perspectiva. Você criar uma entidade denominada Anjos do Bem, convenia com o Fundo, recebe recurso. Para fazer o quê? Caridade de primeira dama. Então assim, era nítido. Ali era um divisor de águas: extinção da Secretaria de Assistência Social; criação da FASC. Para mim, foi um divisor de águas em Chapecó, entre perspectiva de política pública e a negação dessa política pública e o restabelecimento de valores do primeiro damismo, do voluntariado, dessa herança religiosa... muito forte. Então, para mim foi um atraso grande que inclusive eu questionava. A Professora Aldaísa, numa época que ela esteve aqui fazendo um debate na Universidade, e eu questionava como o SUAS – porque nós estamos falando em tempo de SUAS, 2004; nós entregamos o governo em 2004, participamos da elaboração da Política Nacional de 2004 e quando é instituído o SUAS em 2005, você extingue a Secretaria. Olha o absurdo! Você extingue a Secretaria, o comando único da Assistência Social; você extingue a Secretaria, tu institui uma Fundação, que foi copiada aos moldes da FAS de Curitiba. Só que a FAS de Curitiba, entre aspas, ela é anterior à LOAS e nós estamos falando do primeiro ano de instituição do SUAS. E a CIB, que a Comissão Intergestora Bipartite, aprova Gestão Plena de um município que extinguiu a Secretaria de Assistência Social e criou uma Fundação, colocou a primeira dama de presidente de honra e mesmo assim nós temos uma estrutura do SUAS, que é a CIB, que aprova a Gestão Plena. Eu não concordo com isso, mas, enfim, são as limitações que a gente vai ter que, inclusive, ir aprimorando este sistema. Como que você aponta para diretrizes, para princípios, para objetivos e você reconhece no concreto, na realidade a construção de outra coisa que não tem nada a ver com o SUAS? Então eu vejo que, por exemplo, em 2003 nós conseguimos o primeiro convênio de instituição do PAIF, que foi o Programa de Atenção Integral à Família. Nós colocamos este PAIF na Regional da Efapi. Nós já tínhamos duas

assistentes sociais efetivas na Regional e monitores. O limite das Regionais de Assistência era nós não tínhamos uma equipe com psicólogos. E o PAIF avança neste sentido. Nós contratamos dois psicólogos e mais duas assistentes sociais. Então, ficaram quatro assistentes sociais e dois psicólogos para uma Regional. O que aconteceu depois de 2005? Retiraram as profissionais efetivas, as psicólogas foram parar não sei onde na Média Alta Complexidade. Então, há uma precarização dos serviços que você tinha; monitoramento e avaliação foi repassado para os CRAS's fazer. Hoje quem está fazendo são os CRAS's, que fazem o monitoramento e a avaliação. Quer dizer: como que você monitora você? O CRAS está desenvolvendo um conjunto de serviços de Proteção Básica. Aí a equipe destes mesmos serviços vai se monitorar e avaliar? É bem contraditório. Fica difícil fazer uma avaliação mais aprofundada porque você não tem acesso a informações. Teve um período, antes de eu ir para o Doutorado em São Paulo, eu fiquei alguns meses como representante da APAS, da Associação Profissional no Conselho Municipal de Assistência Social. Aí eu participava da Comissão de Financiamento. Eu lembro que nós solicitamos para o órgão gestor um conjunto de informações. A informação vinha pela metade; tu perguntava uma coisa, vinha outra; tudo era difícil; o que era para ser em dez dias, demorava trinta, quarenta dias. Então, fica tudo truncado (Entrevistado IV – Gestão 1997-2004).

A criação da Fundação e o redirecionamento de suas funções, justamente no momento de aprovação da nova política de assistência social e da estruturação de um novo modelo de gestão através do SUAS, indicam mudanças de grande vulto no município de Chapecó. A FASC não introduziu alterações apenas no campo da gestão e da distribuição de recursos humanos necessários aos diferentes serviços e organizações sócio-assistenciais, conforme preconizado pelo SUAS, mas reintroduz ideias e valores de uma cultura política perpassada pelo arcaísmo patrimonial e enraizada no campo assistencial que, na realidade brasileira, se apresenta como um dos grandes entraves à construção de uma política democrática e participativa. A lógica do favor e do primeiro damismo ainda são traços que conflitam em várias partes desse

país com as possibilidades de efetivar a assistência social na ótica do direito, sob a responsabilidade do Estado.

A criação de uma Diretoria de Voluntariado remete diretamente à perspectiva de desmantelamento da política de assistência social, segundo depoimento acima, revelando a desresponsabilização do Estado e a refilantropização da questão social (YAZBEK, 1995). As ações voluntárias reforçam as práticas da caridade e do clientelismo, da benemerência e da filantropia, normalmente perpassadas de um ideário valorativo da “sociedade solidária” e de grande permeabilidade no marketing político tanto público quanto privado.

Neste sentido, na medida em que amplos setores da população ficarão descobertos pela assistência estatal e também não terão condições de acesso aos serviços privados, transfere-se para a órbita da sociedade civil a responsabilidade por assisti-los por meio de práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas, de ajuda mútua ou autoajuda.

A trajetória de assistencialismo e filantropia, ainda arraigada nos municípios brasileiros, tem se constituído num entrave à construção de uma estrutura condizente à implementação do SUAS. De acordo com Couto, Yazbek e Raichelis (2010, p. 263), “prevalece, em muitos casos, o ativismo e a improvisação históricas desta área, mas que no processo em curso se chocam e não se sustentam mais”, haja vista as exigências postas pela efetivação de um sistema complexo de serviços, programas e benefícios incumbidos de concretizar os níveis de proteção básica e especial que compõe o SUAS.

No que concerne à criação da FASC para gerir a política de assistência social no município de Chapecó, antecipando-se ao Projeto Federal proposto em 2007, esta se deu a partir da Lei Complementar nº 229, de 18 de maio de 2005, no intuito de promover a autossustentabilidade da população em situação de risco e de vulnerabilidade social. Na referida Lei Municipal, em seu Art. 2º, propõem-se, dentre outras questões, à articulação com as instâncias públicas federal e estadual e com a sociedade, visando potencializar as ações e os resultados; implantar e implementar projetos e programas sociais, tendo como enfoque principal o núcleo familiar e como estratégia básica a parceria entre o setor público e a iniciativa privada; prestar o apoio técnico e financeiro às entidades sociais organizadas, comunitárias e assistenciais, públicas e privadas, mediante a formalização de convênios e outros instrumentos congêneres, com a consequente fiscalização, para a consecução dos objetivos previstos no Plano Municipal de Assistência Social. Tais elementos permitem a visualização do formato que adquire a relação da gestão pública da

política de assistência social com o âmbito não-estatal que adentra tal espaço imprimindo um caráter gerencial voltado à otimização de recursos e repasse de responsabilidades primordiais.

Neste sentido, vale explicitar que o desenho proposto pelo Projeto de Fundações Estatais, e que já pode ser identificado no âmbito da FASC, induz a mudanças significativas na forma de contratação da força de trabalho que, mesmo permanecendo sob a forma de concurso público, pode ser submetida ao regime jurídico da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), ou seja, sem garantia de estabilidade. A argumentação de maiores salários aos trabalhadores empregados nas Fundações Estatais tem tentado justificar a proposta empreendida. Todavia, não é convincente diante da fragilização imposta à organização da categoria. “A fragmentação da força de trabalho em várias fundações estatais e o contrato de trabalho estável prestam-se à repressão da organização das lutas dos trabalhadores e à domesticação – pela ameaça velada ou aberta – aos preceitos dos governos do capital” (GRANEMANN, 2008, p. 38).

As fundações estatais, no âmbito do Projeto, ainda possuem o direito de não contribuir com a formação do fundo público. Tal imunidade é indagada diante das demais mudanças propostas, em especial com relação à forma de contratação da força de trabalho via regime da CLT. De acordo com Granemann (2008, p. 37), “ao subverter a forma institucional do Estado, o mito Fundação Estatal absorve a ‘ossatura’ material dos interesses do mercado” e, ideologicamente, afirma a indiferenciação entre público e privado. Ao enfatizar a gestão e sobrevalorizar o lugar da técnica sobre a política, reforça a política do capital e o gerencialismo amputa e despolitiza as relações de classe inseridas nas políticas sociais. A autora também reforça que:

As fundações estatais venderão os seus serviços ao Estado e a outros agentes do mercado. De uma parte reivindicarão do Estado recursos para realizar a prestação de serviços e de outra não contribuirão para a formação do fundo público que sustenta a própria ‘política social’ executada pela fundação porque esta, ao prestar serviços sociais, gozará de imunidade tributária. A conclusão possível deste arranjo privatista é o da transferência de fundos públicos aos capitais particulares pela forma da contratação de serviços e pela liberação da obrigação em contribuir com a formação do fundo público (GRANEMANN, 2008, p. 39).

No contexto específico da FASC, mesmo que sua constituição tenha se dado ainda em 2005, pode-se verificar que esta atua em moldes semelhantes ao proposto pelo Projeto de Fundações Estatais, haja vista o recebimento de recursos públicos para o desenvolvimento de seus serviços; a busca por recursos junto a outros órgãos e, igualmente, o estabelecimento de parcerias com a esfera não-estatal para o atendimento da população usuária da assistência social em suas várias dimensões. Soares (2010, p. 343-344) assinala que as fundações apresentam-se como um novo modelo de gestão que dá à iniciativa privada autonomia de gastos, de contratação, de gestão de recursos humanos, mediante plano de carreira próprio e isento de controle social.

Retomando as constatações efetivadas no âmbito da política de saúde, agora acerca da relação com a sociedade civil, o Gestor, no período entre 2005 e 2010, afirmou em entrevista realizada que há, ao menos no âmbito do discurso e como concepção, uma ênfase na questão do controle social, através da construção democrática do Plano Municipal de Saúde, da realização de Conferências e da atenção ao Conselho Municipal de Saúde:

A gente procura trabalhar muito a questão da equipe dentro do processo de gestão; respeitamos muito a questão do controle social, conselho municipal, conferências. Deixamos muito transparente as ações de saúde aqui mediante a participação da sociedade. Logo que assumimos, nós chamamos as coordenações para reorganizar todos os conselhos locais de saúde que estavam bastante dispersos. Então hoje praticamente temos conselhos locais em todas as unidades de saúde. O nosso Plano Municipal de Saúde, que é o principal instrumento de gestão, foi construído de forma muito democrática no ano passado, que é para o ano de 2010, 2011, 2012, 2013, até Conferência Municipal. Sobre o Plano, nós fizemos para a participação da sociedade como um todo. Procuramos fazer um processo de gestão desde o seu planejamento até a questão da execução de forma bem democrática, trabalhando em equipe e com a participação da sociedade no controle social (Gestor – Saúde).

A gestão participativa foi mencionada no âmbito da gestão da política, acionando várias instâncias da sociedade civil. Os conselhos locais de saúde são estratégias que já vêm sendo adotadas desde o período de 1997 a 2004, no âmbito das gestões políticas do PT. Vale

atentar que a trajetória profissional e política do Gestor, ligada à participação em movimentos sociais, muito provavelmente, incide no interesse pela efetivação de gestão com perspectiva democrática. Disse ele que “todas as unidades têm conselhos locais de saúde que funcionam. Pelo menos a cada sessenta dias tem que reunir esse conselho para discutir o funcionamento, a organização da unidade naquele território, naquele espaço” (Gestor – Saúde). Tais conselhos locais não são instituídos legalmente, sendo espaços abertos à participação da população, com cronograma de reuniões e encontros planejados e divulgados anualmente. “Neste caso, eles acabam participando mais na gestão porque não são deliberativos do ponto de vista de prerrogativa, não foram instituídos legalmente. [...] Mais próximo do cidadão, do usuário, ele acaba tendo também uma inserção na execução e fiscalização também” (Gestor – Saúde).

É preciso salientar também que a política de saúde no município de Chapecó é desenvolvida contando com serviços ofertados pela iniciativa privada e organizações não-estatais, mediante estabelecimento de contratos ou convênios²⁰ na perspectiva de complementação da rede pública municipal. Tal forma de gestão possui respaldo na Lei Federal de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Art. 24, que zela que, quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, o que reafirma a perspectiva de privatização dos serviços públicos de acordo com o defendido pelo Projeto de “reforma” do Estado no mesmo período em que a Lei citada foi sancionada. É um processo, por si só, imensamente contraditório, na medida em que confronta diretrizes definidas constitucionalmente.

Neste sentido, vale ressaltar que a saúde, no contexto da Constituição Federal de 1988, “é instituída como um sistema público e universal, integral e equânime, constituindo um projeto progressista” (CORREIA, PINHEIRO e SILVA, 2010). A garantia legal da saúde como direito universal e dever do Estado, descentralizada, preventiva, resolutiva, hierarquizada, regionalizada e participativa foi inserida na Constituição Federal após intenso confronto entre os setores progressistas e os setores conservadores. Todavia, mediante as interferências dos organismos financeiros internacionais, que incitam os

²⁰ Conforme Parágrafo único do Art. 24 da Lei nº 8.080/1990, “a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público”.

países periféricos ao ingresso em contrarreformas voltadas à desregulação estatal, a política de saúde tem tido, já desde a década de 1990, como características a seletividade, a focalização, o assistencialismo e o enfoque privatizante²¹.

Diante dos elementos acima expostos, faz-se necessário atentar para o financiamento da política de saúde que, afrontado de diversas formas, não consegue garantir o acesso ao direito à saúde em seu caráter universal e integral, apesar de a Lei nº 8.080/1990, em seu Art. 31, garantir que o orçamento da seguridade social “destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional [...], tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias”. Perdura a preocupação com a ampliação do superávit primário, o pagamento dos juros da dívida pública, o controle da inflação - o que significa a redução dos investimentos públicos, especialmente no campo das políticas sociais. É evidente o esforço demandado não somente perante a necessidade de aumento do orçamento para a efetivação da universalidade prevista na política de saúde, mas igualmente, perante a forma de gestão dos recursos, ou seja, sua destinação no cerne desta política²².

A Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Sara Granemann, em Seminário a

²¹ Mauro Serapione, pesquisador do Centro de Estudos Sociais – CES da Universidade de Coimbra, em razão do Seminário Desigualdades Sociais e Saúde no Brasil: o impacto das reformas do Governo Lula (CES, 2011), proferiu: “O Brasil, embora tenha desenhado um sistema de saúde universal a partir das referências da Constituição de 1988 e apesar dos progressos alcançados nos últimos 15 anos, ainda não conseguiu enfrentar com determinação o problema das desigualdades sociais e regionais de saúde. Tais desigualdades se expressam tanto em termos de recursos distribuídos e de acesso aos serviços como em relação ao estado de saúde entre os diferentes grupos sociais da população”.

²² Vale citar que, conforme o Art. 35 da Lei nº 8.080, no que se refere à gestão financeira dos recursos do SUS, “para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. § 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. § 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados”.

respeito do impacto das OS's nos serviços públicos, promovido pelo Sindicato dos Trabalhadores em estabelecimentos de Serviços de Saúde Privado e Público Estadual (SindSaúde/SC) e pelo Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal no Estado de Santa Catarina (Sindprevs/SC), na cidade de Florianópolis/SC, em 28 de março de 2011, enfatizou que a transferência dos recursos públicos para a iniciativa privada, por meio das OS's, coloca-se como tentativa de dar legalidade e legitimidade ao fundo público considerado "sobrante". Assim, afirmou, por meio da apresentação de dados numéricos referentes aos anos de 2008 e 2009, que não há déficit na saúde - como alegado pelo Estado, e os recursos "sobrantes", ao invés de serem alocados para o fortalecimento da estrutura pública, são alocados para o capital, por meio das OS's, tendo por base o discurso voltado à desqualificação do público. Granemann ressaltou ainda que os projetos que envolvem as OS's (como o que vem ocorrendo no Estado de Santa Catarina, no âmbito dos hospitais), conduzem: a) à precarização da força de trabalho e desmobilização da classe trabalhadora, haja vista a mudança nas formas de contratação que limitam a autonomia de pensamento e política; b) à flexibilização das formas de contratação de serviços (o que limita a transparência democrática); e c) a implicâncias na gestão e no controle social, considerando a substituição da centralidade dos conselhos municipais, estaduais e nacionais por estrutura constituída por conselho diretor, conselho administrativo e conselho fiscal (grandes transnacionais operam desta forma). Depoimentos e falas de profissionais e militantes presentes no evento supracitado adensaram a discussão acerca da transferência do fundo público para os proprietários do grande capital e de situações em que a administração privada acaba por contar com estrutura física pública, funcionários públicos e orçamento público (todavia, com uma gestão seguidora dos parâmetros do mercado, e não na perspectiva de garantia de direitos).

De acordo com Nogueira (2006, p. 157-158), as OS's e as OSCIP's constituem duas novas modalidades institucionais de direito privado que podem ser "associadas ao Estado" para o cumprimento de seus objetivos na área social e cultural. De tais entidades, é exigida uma prévia habilitação legal para a instituição com o Poder Executivo do contrato de gestão, no caso de OS's, ou do Termo de Parceria, no caso de OSCIP's – documentos estes que definem objetivos e metas a serem alcançados conforme natureza da política pública.

No que concerne à política de assistência social, foi possível averiguar a relevância remetida à gestão e execução de tal política de

forma articulada e conjunta à sociedade civil. Nisto, é de suma importância analisar o relato do Gestor da área da assistência social, que possui experiência em diversas esferas, inclusive, junto à esfera privada:

[...] trabalhando numa Secretaria de Estado, já numa Fundação, na época, Fundação Catarinense de Desenvolvimento de Comunidade (FUCADESC), pude aprender na prática e com valorosas e inesquecíveis profissionais, mestras, o quanto de transversal é a política de assistência social e o quanto ela exige em termos de compreensão; é realmente uma política que se executa e se consolida a muitas mãos, com muitos parceiros, de forma integrada, em rede e uma relação muito intrínseca com as diversas esferas; não só pelas comissões, pela estrutura de gestão criada, mas, pela sua própria natureza, pelo seu objeto. Ela nos remete a um compromisso de trabalhar de forma integrada, articulada, com uma visão ampla da profunda interdependência do ser humano, especialmente daquele mais fragilizado na estrutura social. Então, eu acho que, ao longo desses trinta anos, foi possível ver a evolução desta política se tomando hoje, mais do nunca, imprescindível (Gestor – Assistência Social).

O Gestor da área da assistência social, com encargo de direção da FASC, ao mesmo tempo que afirma a relevância de tal política, também distribui a responsabilidade por sua execução às diversas esferas, justificando esta necessidade a partir de sua concepção de assistência social, ainda posta de forma bastante subjetiva, mas dando indicativos voltados à atuação “de forma integrada, articulada”, mediante a compreensão da “interdependência do ser humano” – aquele “mais fragilizado na estrutura social”. Neste aspecto, ainda vale destacar a perspectiva de gestão apontada pelo gestor:

Mostrar e apontar as soluções, as alternativas para minimização ou redução do impacto das questões sociais que me parece ser o grande diferencial não só da gestão da assistência, mas da atuação dos profissionais neste novo tempo. Eu acho que dentro de uma sociedade dinâmica, de municípios que crescem, de um Brasil que também cresce e que, ao lado do crescimento econômico, nós precisamos compatibilizar desenvolvimento humano, social, hoje, mais do nunca, o assistente social se tornou um profissional de grande

importância. E é preciso que a gente tenha claro isso e tenha claro o nosso papel enquanto protagonistas de uma política, porque o que ocorre agora, e isso a gente vive hoje na nossa Organização, por exemplo, hoje, dentro da FASC – Fundação de Ação Social de Chapecó, nós assumimos o trabalho em 2005 em Chapecó, com o propósito de dar à assistência social de Chapecó um novo tempo, a começar pelo seu status, pela sua ordem de prioridade dentro de um governo municipal (Gestor – Assistência Social).

Sendo assim, o Gestor indica como prioridade a atuação junto às expressões da questão social, porém, numa perspectiva ainda limitada e conservadora, haja vista a intencionalidade de apenas minimizá-las e reduzi-las. Isso, num contexto definido como “novo tempo” e valorizando, de forma enfática, uma profissão em específico, o Serviço Social, em detrimento de outras demandadas para o desenvolvimento da política numa perspectiva interdisciplinar. Ao mesmo tempo, o gestor da assistência social do período de 2005 a 2010, que antes de assumir a direção política da Fundação, atuava na direção técnica, sinaliza a demanda pela priorização das ações pertinentes à política de assistência social pelo Governo Municipal, mediante a definição de um “novo status”. No fragmento seguinte, o gestor volta a mencionar e ressaltar a importância do assistente social que se destaca como profissional valorizado na gestão e execução, mas agora dando alguns indicativos para a importância da atuação interdisciplinar:

Nesta evolução toda que é, realmente, um movimento eu acho que ascendente da importância da política e da dimensão dela no contexto socioeconômico, a questão da integração das equipes necessárias para o enfrentamento hoje das questões sociais. Quando a gente fala muitas mãos, a gente realmente fala de mãos não só de mãos com boa vontade e sensibilidade, mas mãos e cabeças competentes; a gente fala de profissionais com gestão técnica, com gestão política, haja vista a dimensão realmente das questões e o protagonismo do Serviço Social. Então, com todo o respeito ao conjunto hoje de profissionais, e eu tomo por base aqui a FASC; nós temos aí um corpo de servidores que ultrapassa 280 servidores na Fundação e, dentro dessa grande família, nós temos aí assistentes

sociais, psicólogos, nutricionistas, pedagogos, professores de diversas áreas e instrutores de diversas áreas, advogados... Temos, enfim, profissionais das mais diversas formações, mas, há que se considerar a importância e a necessidade de que o assistente social, dentro do seu mar, dentro daquilo que lhe é diretamente pertinente, ele realmente marque a sua ação de forma competente, qualificada e distinta. Então, nesse sentido, a gente vem firmando a área e em Chapecó hoje, nós conseguimos realmente consolidar este pensamento em termos de gestão. Hoje, a nossa gestão, eu como Diretora Presidente, sou assistente social; temos na área técnica assistentes sociais; temos gerentes assistentes sociais... (Gestor – Assistência Social).

Aspectos com tom voluntarista fizeram-se presentes no relato acima mediante análise da menção à necessidade de “boa vontade” e “sensibilidade” para o desenvolvimento da política de assistência social; preceitos estes que integraram o seu surgimento, bem como, da profissão de assistente social. Nisto, vale atentar para o comparativo da FASC a uma “grande família” e, da mesma forma, como se pode observar no fragmento abaixo, a divisão entre equipe de gestão e equipe de execução:

Na maioria dos serviços, desde a proteção básica até a alta complexidade, temos profissionais liderando o processo, assistentes sociais, e junto com os assistentes sociais estão aqueles profissionais necessários e imprescindíveis para que se tenha um corpo pensante e um grupo de execução forte, preparado para o enfrentamento das questões (Gestor – Assistência Social).

Atualmente, a FASC conta com aproximadamente 295 funcionários, compondo as seguintes categorias: efetivos, temporários (CLT), cedidos de outras Secretarias e terceirizados, sendo que 69% do quadro são efetivos e 31% enquadram-se nas demais categorias. Apesar de a maioria dos funcionários fazerem parte do quadro efetivo, ainda pode-se visualizar um número significativo de funcionários que são contratados de outras formas.

Por meio da entrevista realizada com o Gestor da área da assistência social no período de 2005 a 2010, também foi possível observar elementos presentes em sua concepção inerente à política e diretrizes para sua gestão e execução. Nisto, enfatizou a necessidade de

atentar para os “problemas sociais”, as “questões sociais” e a responsabilidade da equipe frente às demandas emergentes, isentando-se de uma análise de cunho macrossocial, vinculada a uma mudança estrutural:

Na realidade, eu acho que falar da assistência é ter muito presentes os problemas sociais, as questões sociais e a partir deles, destes problemas, ter realmente a empolgação e a motivação para atuar neste campo que a mim, pessoalmente, e eu procuro passar isso para a equipe enquanto liderança, a mim é muito prazeroso. É muito bom a gente poder falar de uma área que trata de problemas e, por tratar de problemas, é uma área dinâmica; é uma área que exige que as pessoas sejam ativas, bem humoradas, bem entusiasmadas e que, com o pé no chão, tenham a dose necessária de motivação, porque eu acho, se tu não tiver isso, você fica muito a mercê do mínimo para a assistência social; daquilo que é o necessário fazer. Agora se você tem um corpo de profissionais animados, dentro de um processo onde os resultados eles são... eu diria assim, bem compatíveis com os investimentos que você faz, aí você vai ver que dá para buscar a diferença e hoje na área social, em Chapecó, nós realmente fomos buscar a diferença. Primeiro, estruturando a área social; estruturando do ponto de vista da equipe, da estrutura física, da estrutura de suporte para os trabalhos, desde veículos, condições, tecnologias, que a área... o Serviço Social, a assistência social ela também requer inúmeras tecnologias e a gente tem que, cada vez mais, ampliar, trabalhar com sistemas que te permitam, diariamente, ter uma leitura mais rápida, em tempo real dos... dimensionando com quem você trabalha, de números, de cenários... Então, a gente vem avançando isso a cada dia. A capacitação dos profissionais... nós temos investido e, neste ano, investimos muito em capacitação dos profissionais. Há poucos dias... estamos ainda num processo de formação com o CEDEPS de Curitiba – uma organização altamente qualificada para o trabalho com os profissionais e, enfim, além disso, informando os nossos gestores da real dimensão da assistência social; quer dizer,

assistência social não tem só como preocupação o trabalho com as pessoas pobres. Só pensar em fazer aquilo que é necessário para atender as pessoas pobres do município como Chapecó seria muito pouco em termos de política de assistência social, haja vista a necessidade de trabalhar de forma preventiva; de trabalhar em parceria com organizações, tanto públicas como privadas, como da sociedade civil, haja vista a necessidade de você trabalhar de uma forma mais, eu diria, a longo prazo; quer dizer, projetando não só a política, mas projetando também os diversos cenários onde esta política se insere no município, que está aí quase com duzentos mil habitantes, numa mesorregião, num Estado e num Brasil. Então, é dentro desse foco, é com esse olhar que a gente vem trazendo para a assistência social atenções que extrapolam aquilo que lhe é o mínimo a ser feito (Gestor – Assistência Social).

Desta maneira, constatou-se que a gestão e execução da política de assistência social implica ao entrevistado: capacitação profissional; introdução de tecnologias; análise sob um prisma quantitativo, com destaque para a relação custo-benefício; posturas como entusiasmo, boa vontade e motivação; estrutura física e condições objetivas e também o estabelecimento de parcerias, haja vista que a sociedade civil, em sua perspectiva gerencial, também é mencionada na medida em que é apontada a demanda pela atuação conjunta com organizações da esfera privada para uma atuação de forma “preventiva” e em longo prazo, ou seja, a intervenção com implicações mais abrangentes são condicionadas ao estabelecimento de tais parcerias.

Tal contexto remete aos desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro, que tem implicado uma profunda reconfiguração do setor público, em curso desde os governos FHC (1995-2002) e Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010). Essa contrarreforma também pode ser visualizada no conjunto de leis, decretos e portarias nacionais sancionados desde a década de 1990 (MACHADO, 2010, p. 334), que incluem e legitimam a participação da sociedade civil na execução de serviços de caráter público.

O Gestor da área da assistência social do período de 2005 a 2010 em Chapecó também relata aspectos mais gerais da gestão, focando para os serviços de Média e Alta Complexidade; a expansão de programas de geração de trabalho e renda; expansão da área de

segurança alimentar e nutricional, destacando a gestão direta de restaurante popular e implantação de segunda unidade:

Nós temos hoje, por exemplo, além da Atenção Básica – aquela que, eu diria, a porta de entrada para a assistência social e tem que ser bem feita, que são hoje os nossos Centros de Referência da Assistência, seis em Chapecó – nós temos aí todos os serviços de Alta Complexidade, de Média Complexidade; nós temos aí a expansão dos programas na área da geração de renda, do trabalho, porque compreendemos e temos como premissa de que não há inclusão social sem geração de renda, sem trabalho, sem aquela dignidade que se faz a partir do sentimento de que a pessoa está sendo útil, de que ela tem valor. Então, quer dizer, abrimos muito neste campo e estamos investindo. Na área de segurança alimentar e nutricional, também tivemos uma expansão muito grande em quatro anos de FASC, tanto é que hoje somos referência para o Governo Federal nesta área. Vamos para o segundo restaurante popular em Chapecó. Temos um restaurante já para mil pessoas [...]. Ele é um dos programas da FASC na área de combate à insegurança alimentar e nutricional. Então, já temos um em funcionamento, com um diferencial: gestão direta pelo município, o que não acontece na maioria dos restaurantes do Brasil que não aguentaram; não suportaram a gestão direta e terceirizaram o serviço. Aqui em Chapecó, a nossa gestão é direta; foi uma gestão premiada pelo Ministério em 2009, com o prêmio Josué de Castro, recebido em Brasília, e vamos para o segundo restaurante popular, já para o Bairro Efapi; já estamos aí em processo de licitação da obra agora a partir do mês de dezembro para a frente 2011 (Gestor – Assistência Social).

Vale lembrar que o destaque efetivado para a gestão direta de serviço desenvolvido contrapõe-se aos pressupostos enfatizados no projeto de “reforma” do Estado brasileiro, haja vista sua orientação para a privatização, terceirização e publicização. Conforme entrevistado supracitado, a gestão direta coloca-se como desafio e mérito das gestões em questão – 2005 a 2010.

Ao fazer menção à ampliação dos recursos, o Gestor da assistência social expôs luta viabilizada no que concerne ao estabelecimento de orçamento para a política de assistência social no município, todavia, sem considerar movimento abrangente de conquistas no âmbito do SUAS, que coloca a política de assistência social no patamar de direito. A política, ao demandar a negociação de seu orçamento, evidencia os limites ainda existentes à consolidação de tal patamar:

Em Chapecó não se discute mais que a assistência social precisa de mais de 5% de investimento. Isso aqui não precisou se transformar em Lei para se concretizar na prática. Isso se concretizou na medida da atuação da política; na medida em que a equipe foi mostrando aos gestores públicos que é necessário investir em assistência social; que o resultado é importante para o município; que a assistência social é prioridade e nós aí temos todos os anos contemplado no orçamento que vem passando de 5% de investimento. Então, hoje, inúmeros programas; inúmeras ações em Chapecó, projetos são mantidos praticamente com recursos do Poder Público, recursos do orçamento próprio e com isso nós vamos marcando uma diferença, um plus na assistência social nesse período em que a gente vem realizando a gestão. [...] Em Chapecó, nós somos realmente protagonistas; nós apresentamos propostas; entramos numa mesa de negociação e negociamos para a assistência social aquilo que lhe é devido; aquilo que lhe compete e muito mais, e isso veio sendo construído através de um trabalho valoroso da equipe que caminha na FASC e do respeito e do carinho, da atenção, do comprometimento dos nossos líderes políticos. Eu acho que aí está a grande diferença (Gestor – Assistência Social).

Essa questão, evidenciada na gestão e execução da política de assistência social no período de 2005 a 2010, remete ao debate acerca do orçamento público no âmbito das políticas sociais. Este “é um espaço de luta política, onde as diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses”. Em sua dimensão política, o orçamento pode ser visto como “uma arena de disputa ou um espaço de luta (ou cooperação) entre os vários interesses que gravitam em torno do sistema político” (INESC, 2006 apud SALVADOR, 2010, p. 607).

Neste sentido, “o fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc” (SALVADOR, 2010, p. 607). Sua expressão mais visível se dá por meio do orçamento estatal que, no Brasil, tem seus recursos expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional.

Contudo, faz-se necessário destacar a ocorrência de destinação de parte do orçamento público para a financeirização da riqueza. Destarte, o fundo público possui papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital, configurando-se como questão estrutural do capitalismo. Para Oliveira (1998, p. 19-20), “o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais”. De acordo com Behring (2004, p. 164), à luz das reflexões de Francisco de Oliveira, o fundo público ocupa um lugar estrutural no capitalismo contemporâneo, como expressão de sua maturidade e contradições:

A produção e a realização do valor vão requisitar que o Estado se aproprie de parcela bastante significativa da mais-valia socialmente produzida para assegurar as contradições gerais de produção e reprodução; dentro desse processo comparece o desenvolvimento de políticas sociais como lugar relevante de alocação do fundo público, a pender, claro, da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional.

Os interesses que pautam a definição do orçamento público implicam diretamente na perspectiva impressa às políticas sociais que, no contexto do projeto de “reforma” do Estado brasileiro, foi pautada pelos processos de privatização, terceirização e “publicização”, na lógica da redução dos gastos sociais pelo Estado.

Segundo Netto (1996, p. 22), fica claro que o Estado foi capturado pela lógica do capital monopolista – “ele é o seu Estado”; e o que se constata é “a integração orgânica entre os aparatos privados dos monopólios e as instituições estatais”. Desta forma, é um Estado que opera para garantir o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista.

2.3.2. A participação das organizações públicas não-estatais e privadas na gestão e execução das políticas sociais

2.3.2.1. A política de saúde

Na pesquisa de campo efetuada, tanto na área da política de saúde, quanto na área da política de assistência social, ocorreu forte menção à sociedade civil sob dois prismas: no âmbito do controle social e no âmbito da execução propriamente dita das políticas sociais, ou seja, por meio da execução de serviços públicos por organizações públicas não-estatais e privadas.

No que se refere à política de saúde, a sociedade civil foi apresentada como agente atuante no âmbito do controle social, por meio de sua participação no Conselho Municipal de Saúde; espaço deliberativo em que ocorre, sobretudo, a aprovação do Plano Municipal de Saúde, considerado pelo Gestor da saúde do período de 2005 a 2010, do município pesquisado, como o principal instrumento de planejamento, gestão e fiscalização.

A sociedade civil, entendida como as organizações públicas não-estatais e privadas, também foi enfaticamente citada no âmbito da execução da política de saúde, haja vista a existência de parcerias para o desenvolvimento de serviços, programas e projetos. Nisto, as parcerias são desencadeadas junto à iniciativa privada de forma direta, por meio da efetivação de licitações, e de forma indireta, por meio do acesso ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste Catarinense (CIS-AMOSC)²³, bem como, junto a organizações públicas não-estatais e a órgãos e setores públicos, na perspectiva da intersetorialidade.

As parcerias efetivadas, no âmbito da política de saúde, junto à iniciativa privada, seja de forma direta ou indireta, quase em sua totalidade, são para o acesso a especialidades médicas não disponíveis ou não suficientes junto à rede pública de serviços. Porém, ocorreu destaque na fala do Gestor da saúde, no período de 2005 a 2010, em relação à realização dos serviços de Proteção Básica, em sua totalidade,

²³ O CIS-AMOSC constitui-se sob a forma de associação pública com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, regendo-se pelos dispositivos da Constituição da República Federativa do Brasil, Lei Federal 11.107/05, Decreto Federal 6.017/07, Lei Federal 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), Lei Federal 8.142/90, pelo Protocolo de Intenções e pela regulamentação que vier a ser adotada pelos seus órgãos competentes, tendo sido transformado em consórcio público em 28/03/2008.

pelo quadro de funcionários efetivos da Prefeitura Municipal pesquisada: “Então eu diria assim, nas especialidades são hoje a procura nossa de compra de serviços; não é na área básica. Na área básica, são todos eles nossos servidores efetivos” (Gestor - Saúde). O pequeno percentual de especialidades disponibilizado através da rede pública, de acordo com Técnico da área da Saúde, é efetivado por meio de um Centro de Referência Especializado. Isto é, o investimento público ocorre de forma predominante no âmbito da Atenção Básica, fortalecendo a ampliação da atuação da área privada no âmbito dos serviços que adentram a Atenção de Média e Alta Complexidade. Sobre esse aspecto, Correia (2007, p. 30-32) aponta tendências presentes na política de saúde, indicando a sua relação com as contrarreformas recomendadas pelo BM e claramente assumidas na realidade brasileira:

- a) **O rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde:** O BM dá ênfase aos serviços na área da Atenção Básica, preconizando sua universalização, haja vista a exigência de um quantitativo menor de recursos, em detrimento dos serviços de média e alta complexidade, que são direcionados à efetivação por parte da esfera privada. Tais elementos deixam evidente a seletividade e a focalização presentes na assistência à saúde. O Estado fica responsável, desta forma, apenas pela Atenção Básica, que é menos rentável ao capital. Essa lógica é expandida por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Piso de Atenção Básica (PAB), na medida em que se configura como estratégia de expansão da Atenção Básica em Saúde, conforme orientações tecidas pelo BM.
- b) **A flexibilização da gestão dentro da lógica custo/efetividade, privatização e terceirização dos serviços de saúde, com o repasse de serviços e recursos públicos:** Tal tendência ficou evidente com o processo de reforma administrativa do Estado implementada a partir do projeto de Bresser Pereira em 1995 com a criação de OS's, OSCIPS's, Fundação de Apoio e cooperativas de profissionais de medicina e, ainda com a implantação de duplo acesso em hospitais públicos e de mecanismos de co-pagamento e com a flexibilização da contratação na área da saúde, induzindo à precarização das relações de trabalho.
- c) **Estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde:** As novas formas de gestão da saúde interligadas às recomendações do BM, com foco na relação custo/benefício,

configuram-se como incentivo à participação da iniciativa privada na oferta de bens e serviços de saúde e, conseqüentemente, a sua ampliação. Nisto, sobressai-se, mais uma vez, a restrição da intervenção estatal a programas de promoção e prevenção da saúde. Vale enfatizar ainda que, no intuito de fortalecer o mercado a área da saúde, o BM propõe uma agenda de reformas aos países por ele subsidiados que, no Brasil, é apresentada por meio dos documentos: “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” (1991), “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” (1995), “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos” (2007).

No âmbito da gestão e execução da política de saúde no município de Chapecó, no que concerne à parceria estabelecida via CIS-AMOSC, que é um dos projetos priorizados no Plano Básico de Desenvolvimento Regional (PBDR) fundado no ano de 1996, esta se dá mediante repasse de valor denominado de mensalidade, que define uma determinada cota de atendimentos. Os repasses são efetuados pelo Poder Público municipal à esfera privada de acordo com o número de procedimentos realizados – autorizados conforme demanda registrada pela Secretaria de Saúde, até o limite mensal estabelecido em contrato. Segundo Técnico da saúde entrevistado, comumente são pagos valores muito acima da mensalidade fixada devido à grande procura pelos serviços disponibilizados por meio do consórcio supracitado que, na ocasião da pesquisa (2010), possuía a sua disposição uma rede de 283 profissionais e laboratórios integrantes da esfera privada. Vale citar que as especialidades que integram tal consórcio são as seguintes: anatomia patológica, angiologia e cirurgia vascular, audiometrias e imitanciométricas, bera, biópsias, biópsia transretal de próstata, cardiologia, cirurgia oncológica, cirurgia geral, colonoscopia, criocauterização do colo de útero, dermatologia, densitometria óssea, ecocardiograma com doppler, endoscopia, eletroneuromiografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, ginecologia obstetrícia, laboratórios análises clínicas, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, proctologia, polipectomia, psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, raio X, retirada de corpo estranho, retossigmoidoscopia, ressonância magnética, teste ergométrico, tomografias, ultrassonografias, urodinâmica, urologia e videolaringoscopia.

A constituição de consórcios está prevista legalmente na Lei nº 8.080/1990, que define, em seu Art. 10, que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”. Em seu Parágrafo 1º, expressa que “aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância”. Ou seja, considerando a busca frequente por serviços junto à esfera privada, ocorre a criação de mecanismos, legitimados pelo Estado, para facilitar o acesso.

Todavia, conforme constatado nesta pesquisa, em várias ocasiões, serviços demandados pelo Poder Público não estão disponíveis por meio do consórcio, havendo a necessidade do estabelecimento de uma relação direta com os prestadores de serviços privados. De acordo com Técnico da saúde, alguns exames mais sofisticados não estão disponíveis no âmbito do consórcio ou existe uma quantidade muito pequena que não consegue atender à demanda existente. Os parceiros que possuem maior disponibilidade de serviços e estrutura acabam por possuir uma relação mais intensa com o Poder Público por terem a possibilidade de responderem com mais ênfase e prontidão às demandas encaminhadas.

Exemplo disso refere-se aos serviços prestados por Parceiro da política de saúde desde 1987 (Parceiro A – Política de Saúde), que oferece serviços de terapia renal substitutiva, incluindo hemodiálise, consultas ambulatoriais e laboratório de nefrologia. Sendo a única clínica da região que presta serviços desta espécie, relata:

São os pacientes da rede pública que vêm encaminhados de toda a região da AMOSC, que é aqui do Oeste que precisem fazer hemodiálise. O nosso serviço prestado é terapia renal substitutiva que é hemodiálise e também as Secretarias encaminham para consultas, porque tem vários pacientes que não estão em diálise, mas fazem o acompanhamento aqui na Clínica Ambulatorial. Tem gente que está em tratamento conservador, que ainda não perdeu toda a função renal, mas que faz acompanhamento antes de entrar na máquina (Parceiro A – Política de Saúde).

Conforme descrito pelo Parceiro acima entrevistado, a terapia renal substitutiva é um procedimento de alto custo, sendo que, com respeito à hemodiálise, recebe recursos federais e, neste caso, o contrato com o Poder Público municipal dá-se apenas para a operacionalização do repasse, que gira em torno de R\$ 240 mil mensais. Nisto, vale

ênfatizar que, dos 135 pacientes atendidos na ocasião da entrevista, somente 10 eram oriundos de convênio particular, ou seja, 93% provinham de encaminhamentos efetivados pelo Poder Público. Desta forma, o atendimento prestado pela organização privada mostrou-se voltado quase que exclusivamente para o Poder Público.

Já Parceiro da política de saúde que presta serviços na área da oftalmologia (Parceiro B – Política de Saúde), de forma direta (sem mediação do CIS-AMOSC), relatou que cerca de 15 a 20% dos atendimentos efetivados são relativos a encaminhamentos efetuados pela Prefeitura Municipal de Chapecó. Segundo o Parceiro, o Consultório atende pacientes com convênios de forma geral ou sem convênios e atende pacientes encaminhados via SUS, com preferência para diabéticos. Ressaltou ainda que o trabalho junto à Secretaria de Saúde iniciou por volta de 1999 em virtude de demanda reprimida existente e por contato efetivado por parte da própria Secretaria. A proposta do Parceiro foi pela dedicação preferencial aos pacientes diabéticos – sua área de maior interesse e conhecimento, cujo atendimento é realizado até então de forma integral, ou seja, contando com todos os procedimentos inerentes, mediante a definição de tetos e reajustes por meio de negociações. Nisto, justifica seu interesse pela parceria com o Poder Público municipal da seguinte forma:

[...] é uma parcela da população grande, que são os atendidos pelo sistema público e que nós temos que atender; alguém tem que atender. Não pode ficar desamparado. Hoje é mais de 50% da população que depende do Sistema Único de Saúde, 60, 70%... É uma questão de mercado; não é porque eu sou bonzinho; a gente tem as duas coisas. Mas, assim: se eu não atender, alguém vai atender. A Secretaria necessita que alguém atenda; se não for eu, vai ser alguém. Quer dizer: se eu não puder dar a minha parcela, a Secretaria vai ter que buscar alguém para que atenda. Aí sim vai ser um concorrente a mais para mim. Então, se eu puder atender, dar uma parcela de atendimento, também ajudar, colaborar com estas pessoas que precisam... E também tem uma remuneração, que se não é a ideal, mas, está bem razoável, dentro do que gente conseguiu negociar com a Secretaria, e está sendo pago direitinho; então, eu acho que é isso. Acho que é uma parcela da população que precisa de atendimento. Para mim é interessante, sem dúvida nenhuma; é uma coisa que eu gosto de

fazer, esta questão dos diabéticos que eu falei; eu gosto de fazer e a Secretaria de Saúde tem um movimento grande destes pacientes; quase tudo passa pela Secretaria. Então, é uma coisa que me satisfaz atender; estou ajudando alguém e estou recebendo um pouco por isso. E a Secretaria também tem a sua parte que é, justamente, que ela precisa dar atendimento a estas pessoas. Então, eu acho que fica bom para todo mundo (Parceiro B – Política de Saúde).

No depoimento acima, fica evidente a necessidade que o Poder Público manifesta em relação à parceria com a iniciativa privada, bem como, o interesse desta em relação à parceria, que se torna um “bom negócio”. Ou seja, a saúde, no âmbito da média e alta complexidade, se efetiva como uma questão de mercado, em que o Estado, se oferecer estes serviços por suas próprias vias e de forma enfática, é considerado “concorrente” do mercado. Destarte, as pressões estabelecidas em grande escala e afeta aos interesses dos poderosos grupos do capital impulsiona o estabelecimento de orientações à privatização dos serviços mais rentáveis – o que tem sido ditado pelos organismos internacionais, incrementando a ideia de saúde como mercadoria.

Em produção bibliográfica resultante da gestão do município de Chapecó no período entre 1997 e 2004, de autoria do então Diretor Técnico da Secretaria Municipal de Saúde, Plínio Augusto Freitas Silveira (2004), foram acessadas informações relativas aos avanços e desafios no âmbito da saúde naquele período. Segundo ele, o início de gestão foi tomado por desafios inerentes à concepção da população e da equipe de servidores da área da saúde acerca da assistência nesta área. Não raro já ocorriam fatos que denotavam a percepção da saúde pública como concorrente da esfera privada, assim como, a concepção de que esta não demandava ser oferecida com qualidade²⁴, deslocando-a de seu patamar de política pública e de direito:

[...] lideranças de entidade representativa dos farmacêuticos e bioquímicos [...], candidamente, reivindicavam que a Secretaria Municipal de Saúde sustasse a sequência de investimentos realizada no Laboratório Público Municipal e,

²⁴ Neste sentido, vale citar que o reformismo implicou uma grave “perda” do Estado, disseminando na opinião pública uma visão negativa do papel, sentido e natureza deste e de sua intervenção na vida econômica e social. “O ‘bom’ Estado deveria ser leve, ágil, reduzido quase ao mínimo, tomado pela racionalidade técnica e vazio de interesses, de ‘paixão’, de embates políticos” (NOGUEIRA, 2005, p. 48).

pois, mantivesse o procedimento de aquisição de serviços laboratoriais da rede privada. Vale registrar aqui que a construção do novo Laboratório, juntamente com a implantação do Analisador Automatizado para Dosagens Bioquímicas que utiliza a metodologia da Química Seca, coloca este laboratório na condição de oferecer exames com qualidade ímpar e em quantidade suficiente para atender toda a demanda da rede pública, suplantando os serviços oferecidos na rede laboratorial privada e se transformando, como é hoje, num laboratório de referência regional. Não é por acaso, então, que esta ampliação da capacidade pública de serviços instalada faça com que o setor privado se sinta ameaçado e que segmentos deste setor busquem convencer o gestor municipal a desacelerar tal processo (SILVEIRA, 2004, p. 139-140).

O texto acima provém da experiência de gestão na área da saúde dada no período de 1997 a 2004, quando uma aparente perspectiva de gestão democrática pautava as estratégias de governo. Mesmo assim, era evidente a pressão do mercado sobre o Estado na disputa pela efetivação dos serviços mais complexos na área da saúde pública.

Atualmente, quando se averigua a expansão no oferecimento de serviços de média e alta complexidade na área da saúde, por meio da esfera privada, presencia-se, conforme defende Soares (2010, p. 372), uma ampliação restrita, como parte do conjunto de alterações implementadas pela contrarreforma do Estado na área da saúde, sendo expressão maior das contradições desse processo: apesar de provocar a expansão do acesso aos serviços de saúde, as características de sua ampliação beneficiam a iniciativa privada. Destarte, “o modo de ampliação do SUS tem relação direta com as tendências de privatização e assistencialização da saúde pública” (SOARES, 2010, p. 372).

Uma terceira entrevista integrante do rol junto às parcerias da política de saúde no município de Chapecó, no período de 2005 a 2010, deu-se com Parceiro de maior intensidade, devido à complexidade e quantidade de serviços prestados (Parceiro C – Política de Saúde). Tal organização parceira, que possui cerca de 820 funcionários, configura-se como associação de caráter filantrópico e organização social com estrutura física do Estado e gestão privada, sendo a contratação de pessoal via CLT e de forma terceirizada, o que remete à precarização dada pela flexibilização dos contratos, prevista no âmbito da

contrarreforma do Estado. O Parceiro possui uma diretoria executiva, responsável pela execução das ações no âmbito interno da organização, e um Conselho, delegado da administração, que trata da condução das decisões macroestratégicas e da condução das assembleias. Estas ocorrem a cada 3 ou 4 meses, de acordo com a necessidade, e reúnem os membros que são empresários voluntários que representam a Associação Comercial, Clube de Serviço e entidades representativas. Nisto, enfatizou o Parceiro:

Então se você fizer um cálculo por entidade, quantas pessoas estão envolvidas, são milhares de pessoas. A própria associação comercial, quantas empresas estão filiadas e que elas representam, pega os clubes de serviço. Então, você vê que indiretamente tem um número muito elevado de pessoas que têm algum vínculo através da associação com o Hospital (Parceiro C – Política de Saúde).

Os elementos expostos denotam a perspectiva de participação da iniciativa privada na gestão pública que passa pela execução das políticas sociais e amplia-se para a sua gestão, remetendo ao que Neves (2005) denomina de “direita para o social”, isto é, o deslocamento da questão social aos chamados setores mais “esclarecidos” dessa tendência político-ideológica com programas voltados à massa popular, desenvolvidos através de empresas cidadãs, entidades representativas empresariais, ONG’s, organismos internacionais e fundações corporativas, nas mais variadas áreas (emprego, renda, segurança, educação, esportes, saúde, assistência social, cultura, etc). O Estado, tendo sua função restrita à fiscalização das ações, atua na perspectiva de garantir que o mercado não perca seus nichos mais lucrativos (LEHER, 2010, p. 12).

O parceiro supracitado recebe recursos do Ministério da Saúde para o atendimento às demandas por serviços de Média e Alta Complexidade. Pelo fato de o município de Chapecó ser Gestão Plena, tais recursos transitam pelo Fundo Municipal de Saúde. Desta forma, existe um contrato de metas estabelecidas entre o município e a organização que envolve não somente o atendimento das demandas do município, mas de cerca de 80 municípios da região Oeste de Santa Catarina. Sendo assim, é o município de Chapecó quem realiza a contratação de todos os serviços e a parte de auditoria.

Vale destacar ainda que, além dos serviços de pronto-atendimento 24 horas, o mesmo Parceiro presta serviço ambulatorial de

ortopedia, radioterapia, quimioterapia (serviços externos, previamente autorizados e agendados pelo município de Chapecó), clínica geral e pediatria, sendo mais enfática a efetivação de cirurgias ortopédicas, traumatologia, neurocirurgia, transplantes de rim ou de córnea, oncologia e os serviços que integram tais áreas, com exceção da área da cardiologia, em que existe apenas um serviço de sobreaviso com os médicos. Sobre a forma de repasse dos recursos, este é realizado de acordo com tabela fixada pelo Ministério da Saúde para cada procedimento no âmbito de cada especialidade, não sendo recorrente a prática da negociação. Conforme Art. 26 da Lei nº 8.080/1990, “os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde”. O Parágrafo 1º e o Parágrafo 2º do mesmo artigo definem que:

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Todavia, foi mencionada a ocorrência da prática da negociação nas ocasiões em que os atendimentos superam o valor repassado:

[...] cada paciente é internado; dependendo do serviço e da especialidade, o próprio Ministério da Saúde já define uma tabela. Então, não negociamos com o município os valores, mas já vêm previamente estabelecidos. Como o recurso que vem do Ministério também é baseado nessa tabela, então o município de Chapecó não tem nenhuma contrapartida de recursos do município, mas sim ela somente faz o repasse, administra esses recursos que vêm do Ministério da Saúde e são transferidos mensalmente para o hospital de acordo com a nossa produção. No entanto, todo mês nós produzimos mais do que nós recebemos, então existe no contrato determinado número de atendimentos e valor, mas como a gente não deixa

ninguém na fila, principalmente pacientes da área de oncologia, que não tem como você retardar o atendimento deles, a gente procura atender todo mundo, independente de receber ou não, e depois de ter feito o serviço, ter faturado e os valores que ficam acima disso a gente faz uma negociação e tenta recompor mais adiante (Parceiro C – Política de Saúde).

Conforme coletado na pesquisa de campo, se os atendimentos ficarem abaixo do número estabelecido em contrato perante determinado valor, ocorre a alteração da meta e, da mesma forma, se os atendimentos superarem o estabelecido em contrato. Segundo Parceiro acima entrevistado, “existe um percentual mínimo de 5% que é tolerância para mais ou para menos; passou disso, é feito um novo contrato, uma nova pactuação” (Parceiro C – Política de Saúde), o que denota a prevalência das regras de mercado. Vale mencionar que a média de internações mensais efetivadas pela organização gira em torno de 1.470 a 1.500, sendo 70% de pacientes do próprio município e 30% de pacientes de outros municípios da região Oeste de Santa Catarina. Cerca de 80% dos atendimentos efetivados pelo Parceiro C são demandas do Poder Público municipal de Chapecó e região, sendo o restante preenchido pelos atendimentos de pacientes que possuem convênios ou buscam o serviço de forma particular, o que foi apontado como necessário frente à demanda pela incrementação da receita:

Primeiramente, nós temos que cumprir o atendimento pelo SUS, dentre aqueles valores e números que são pactuados, e o que sobra de espaço de tempo no bloco cirúrgico a gente pode destinar para poder incrementar nossa receita e fazer frente a algumas despesas, uma vez que os recursos do SUS, na maioria dos casos, nos dão prejuízo. Dificilmente sobra alguma coisa (Parceiro C – Política de Saúde).

Neste sentido, pode-se fazer menção ao Projeto de Lei nº 45/10, aprovado na Câmara dos Deputados do estado de São Paulo no mês de dezembro de 2010, que permite que até 25% dos leitos de hospitais públicos administrados por organizações sociais sejam destinados ao atendimento de clientes de planos de saúde e convênios particulares, o que foi apontado pelo Ministério Público do mesmo estado como inconstitucional. Conforme o Promotor de Justiça da Procuradoria de Direitos Humanos na Área de Saúde Pública, Arthur Pinto Filho (2010):

Esse projeto é inconstitucional e tem vários vícios em sua origem. O primeiro deles é querer que uma lei estadual restrinja o que uma lei federal não restringe, quando uma lei estadual não pode contrariar uma lei federal, exceto se for para aumentar o benefício da sociedade, o que não é o caso [...]. A justificativa de que é necessário aprovar o projeto para criar formas de o governo cobrar as empresas é falso, porque leis já existem. Trata-se, isso sim, de tirar um de cada quatro leitos do SUS e entregá-los aos planos privados. O que já era pouco e ruim vai se tornar dramático e pior.

A avaliação tecida pelo Promotor de Justiça da Procuradoria de Direitos Humanos na área de saúde pública, Arthur Pinto Filho, indica a inconstitucionalidade do Projeto de Lei ao restringir a legislação federal existente e, ao mesmo tempo, pela restrição dos acessos já oferecidos de forma precarizada no âmbito do SUS. Da mesma forma, vale indicar a relação que se estabelece entre a política de saúde e os interesses de mercado, que a visionam devido ao fato de ser considerada uma área extremamente lucrativa.

No município de Chapecó, recursos destinados ao pagamento dos serviços prestados ao Poder Público giram em torno da cifra de 3 milhões de reais mensais, sendo 2 milhões o valor que transita pelo município e mais 1 milhão que advém de complemento efetivado pela esfera estadual para a cobertura dos serviços efetivados que superaram o definido em contrato. Assim, é imprescindível analisar o papel do Estado e sua constituição voltada aos interesses do capital. Para Neves e Sant'Anna (2005, p. 33):

O Estado de bem-estar social perdeu espaço para o Estado neoliberal. De produtor de bens e serviços, o Estado passou a assumir a função de coordenador das iniciativas privadas da sociedade civil. De promotor direto da reprodução do conjunto da força de trabalho, admitindo-a como sujeito de direito, o Estado passou a prover de serviços sociais para uma parcela da sociedade definida agora como “excluídos”, ou seja, aquele contingente considerável que, potencialmente, apresenta as condições objetivas para desestruturar o consenso burguês. Para o restante da população, o Estado transfigura-se em estimulador de iniciativas privadas de prestação

de serviços sociais e de novas formas de organização social que desatrelam as várias formas de discriminação das desigualdades de classe.

No âmbito da pesquisa, no que concerne às parcerias da política de saúde, no município de Chapecó, com organizações não estatais/não mercantis, foram enfatizadas pelo Gestor da área da saúde as estabelecidas com a universidade local, em troca da realização de estágios, bem como, com Clube de Serviço, que mantém um trabalho de abrigamento de idosos, com organização que atende pessoas dependentes de substâncias psicoativas e com o próprio setor público:

[...] na execução, nós temos diferentes parcerias, por exemplo, nós temos uma parceria muito forte com a Unochapecó, que é Universidade Comunitária que tem todos os cursos da área da Saúde. Desde o Pró-Saúde, o PET, o VIM, que é uma vivência dos acadêmicos já no primeiro período da área da saúde. Então, com a Universidade temos parcerias muito próximas. Agora, inclusive, na gestão compartilhada do futuro Hospital Materno Infantil, na área de estágios. Enfim, temos uma parceria realmente bem concreta. Temos também com outros órgãos, por exemplo, LIONS, nós temos com o Centro de Convivência de Idosos; temos o CETER, que é o Centro Terapêutico, e outras iniciativas com órgãos públicos dentro de uma visão intersetorial (Gestor – Saúde).

As parcerias com as organizações não-estatais citadas ocorrem mediante o repasse de um valor pré-determinado e da cessão de pessoal, em troca da efetivação de um montante de determinado(s) serviço(s) de caráter público na estrutura física e administrativa disponibilizada. Neste contexto, vale atentar para os objetivos das instituições parceiras que, em significativas ocasiões, não são convergentes aos objetivos da política de saúde preconizada. Tal aspecto influi de forma direta na perspectiva dos serviços que são oferecidos.

Faz-se necessário citar que, no município de Chapecó, constatou-se a existência de conflitos entre as gestões de diferentes políticas acerca do estabelecimento de parcerias com organizações de atendimento a pessoas dependentes de substâncias psicoativas, em que a assistência social defende que tais serviços não fazem parte de seu campo de atuação e, a saúde, alega que as estruturas disponibilizadas pelas organizações não são convenientes para as diretrizes estabelecidas

no âmbito da política de saúde. Todavia, os serviços não são dispensados devido à deficiência de atendimento na área elencada no município. Apesar dos avanços empreendidos em termos de regulação e legislação, algumas áreas específicas no campo das políticas sociais seguem descobertas e fragilizadas, sendo assumidas precariamente pela esfera não-estatal.

De forma geral, vale lembrar que a gestão da política de saúde no Brasil tem seguido rumos que denotam e reafirmam a incidência do projeto de “reforma” do Estado brasileiro de Bresser Pereira, em especial no que concerne ao repasse de funções do Estado à iniciativa privada. Exemplo disso foi a aprovação da Medida Provisória nº 520, em 31 de dezembro de 2010, que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH). Tal legislação permite que o Poder Executivo crie empresa pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Segundo o Art. 3º de tal Medida:

A EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, assim como a prestação, às instituições federais de ensino ou instituições congêneres, de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

Cabe ressaltar que as atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial de que trata a legislação estão inseridas integralmente no âmbito do SUS. Todavia, são incluídas na lógica privatista do mercado na medida em que, conforme se pode observar no Art. 5º da Medida Provisória, a EBSERH estará sujeita ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários.

No seu Art. 6º, lê-se que “é dispensada a licitação para a contratação da EBSERH pela administração pública, para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social”; fator este que dificulta o controle social sobre as ações efetivadas neste âmbito numa perspectiva de transparência democrática. A forma de relação estabelecida ocorrerá por meio de contrato da EBSERH com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres, o que possui vinculação com procedimentos desencadeados para a relação entre Estado e sociedade civil numa perspectiva gerencial.

Ainda é preciso assinalar que a legislação citada permite (vide Art. 8º) que servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere, que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH, sejam a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas.

No que concerne ao quadro de recursos humanos que servirá à EBSEH, este poderá ser composto por servidores contratados via regime CLT e legislação complementar (vide Art. 11) ou ainda, no processo de implantação, por meio de processo seletivo simplificado, por tempo determinado (vide Art. 12). Tais elementos conduzem à análise da adensação da precarização do trabalho no âmbito da prestação de serviços de caráter público.

2.3.2.2. A política de assistência social

Retomando a pesquisa efetivada no município de Chapecó, na área da assistência social (período de 2005 a 2010), as organizações públicas não-estatais e a iniciativa privada também foram fortemente mencionadas como parceiras na execução de programas e serviços:

Nós temos inúmeras parcerias. Nós temos parcerias com entidades que atendem na área da dependência química, que perpassam aí, por exemplo, igrejas, enfim, organizações que foram se estruturando e, obviamente, tem uma relação também com saúde, por conta da especificidade do trabalho. Nós temos parcerias com grupos de serviços, com associações de bairros. Nós temos parcerias com universidades. Nós temos parcerias com empresas. Nós temos parcerias com empresas do Sistema S – SEBRAE, SENAI, SENAC, SESI (Gestor – Assistência Social).

De acordo com dados coletados por meio de pesquisa documental junto à diretoria executiva da FASC e posteriormente revisados e confirmados por meio da pesquisa de campo junto ao mesmo órgão, as parcerias de caráter não-estatal ocorrem oficialmente com quatorze organizações, sendo que 28,6% realizam atendimento a pessoas com deficiência; 42,9%, atendimento socioeducativo a crianças e adolescentes; 14,3%, atendimento socioeducativo a idosos; 7,1%, atendimento a idosos em sistema de acolhimento; 14,3%, atendimento a usuários de substâncias psicoativas (questão esta em debate entre as políticas de saúde e assistência social no município de Chapecó, devido

ao caráter do serviço); e 7,1% atuam como albergue a usuários moradores de rua e em trânsito.

Nisto, faz-se necessário enfatizar ainda que, conforme informação veiculada por meio do Jornal eletrônico De Fato.inf.br no mês de março de 2010, a FASC assinou convênios com as organizações Verde Vida Oficina Educativa; Centro de Recuperação Reviver (CRER); Centro de Convivência do Idoso CL Aurino Mantovani (CCD); Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); Ação Social Diocesana (ASDI); Sociedade Espírita Filhos de Dom Inácio de Loyola; Renascer – Casa de Recuperação Nova Vida; União Catarinense de Educação (UCE) e Kirka - O Som das Árvores²⁵. O montante total dos recursos financeiros a serem repassados anualmente às organizações mencionadas através dos convênios firmados está calculado em R\$ 349.615,20.

Ao falar a respeito das ações na área de segurança alimentar e nutricional, o Gestor entrevistado referiu a construção do Banco de Alimentos, que consiste em unidade de armazenamento e processamento de alimentos captados do setor privado – “o excedente, o que sobra, mas pode ser reutilizado e, com isso, vamos atender aí a rede de entidades que também atuam na área social, transformando o próprio Banco de Alimentos num espaço de capacitação” (Gestor – Assistência Social). O depoimento revela um duplo movimento de inserção do setor privado no desenvolvimento das ações pertinentes ao Estado, como “doador” de subsídios ao Estado, na forma dos “alimentos sobrantes”, e “receptor” dos subsídios do Estado, ao receber doações para o desenvolvimento de serviços. Neste contexto, o Gestor enfatizou o estabelecimento das chamadas “parcerias inteligentes”:

Além disso, parcerias inteligentes, que eu chamo... Por que nós da Assistência Social não podemos fazer parcerias com clubes de serviço? Não podemos fazer parcerias com grupos esportivos, cujo foco seja atender a criança, o adolescente, oportunizar o esporte e com isso prevenir, diminuir o risco das drogas? Então, quer dizer, tudo isso a FASC vem buscando e conseguimos avançar muito; estamos aí com muitos projetos (Gestor – Assistência Social).

²⁵ As organizações Kirka – O Som das Árvores e Renascer – Casa de Recuperação Nova Vida, conforme dados coletados em entrevista com Técnica da área da assistência social, atuante no período de 2005 a 2010, foram descredenciadas pelo fato de estarem “com restrições” junto ao Conselho Municipal de Assistência Social.

Na intencionalidade de exemplificar o estabelecimento de “parcerias inteligentes”, o Gestor da assistência social fez menção a ações voltadas à terceira idade, afirmando que a ampliação da política relaciona-se à ampliação dos serviços e recursos:

Na área de atenção à terceira idade, com projetos inovadores, a exemplo da Cidade do Idoso que recebeu, só de março a setembro deste ano, outubro, mais de sete mil visitantes, só neste programa em Chapecó. E, dada a expectativa dos idosos, estamos já falando na universidade para a terceira idade, que começa em março de 2011, em parceria com a UNOESC Chapecó – uma universidade que tem todo o expertise nesta área. Então, a busca por parcerias inteligentes, parcerias competentes que nos permitem somar os recursos públicos, somar recursos humanos e com isso fazer com que a assistência social, ela seja realmente uma política ampliada, que ela vá além do seu mínimo, que ela possa, com essa ampliação, atender mais; trabalhar de forma prospectiva, preventiva e, realmente, se colocar no status de uma política que cuida de gente. E para cuidar de gente, é preciso que a gente, em primeiro lugar, pense grande, porque se trata de cuidar de algo complexo e que a gente tenha, realmente, investimentos (Gestor – Assistência Social).

Apesar do explícito repasse de funções para a sociedade civil no âmbito da política de assistência social do município de Chapecó, é preciso salientar que a relação com a universidade é importante, na medida em que poderá contribuir com recursos humanos mais qualificados no desenvolvimento de ações, o que normalmente ocorre por meio de atividades de extensão e de estágio.

Conforme Gestor da assistência social, a relação estabelecida com as organizações da sociedade civil no âmbito local é amistosa, facilitando o estabelecimento das parcerias anteriormente citadas, que são consideradas como necessárias na execução dos programas e serviços.

E me parece assim... e um profundo respeito e uma facilidade de a qualquer momento, em função dos eventos e face à credibilidade, eu diria conquistada ao longo dos trabalhos, nós temos é muita facilidade de firmar novas parcerias, porque

cada ação, cada programa remete a buscar parceiros necessários para a execução do trabalho (Gestor – Assistência Social).

Nos depoimentos, o empreendedorismo e o assistencialismo fizeram-se presentes na medida em que se enfatizou a perspectiva de estabelecimento de parcerias como um “bom negócio” para o Estado e como relevantes na atividade de “cuidar” das pessoas demandantes dos serviços. Empreendedorismo e assistencialismo, na visão de Vianna (2008, p. 150), “constituem os pilares de uma ‘nova’ concepção de política social, tida nesses tempos bicudos que correm, como capaz de substituir com vantagens o supostamente jurássico Estado de Bem-Estar Social e seu padrão universalista de proteção social”. Para a autora, as duas estratégias juntas convergem para fortalecer tendências como “a de desresponsabilizar o Estado pela manutenção da ordem republicana e a de delegar tarefas de combate à exclusão ao mercado ou à própria sociedade”.

Segundo o depoimento do Gestor da assistência social, as parcerias são estabelecidas de acordo com as agendas dos programas, sendo algumas de caráter permanente, em função dos serviços continuados, e outras de caráter pontual, mediante a realização de eventos, programas e projetos. Reforçou que existem programas e serviços continuados sugeridos e pactuados com o governo federal, mas, também algumas demandas e lacunas que exigem a busca de parcerias com a sociedade civil. Tais parcerias também são consideradas como “o grande segredo” para a efetivação das ações com custos reduzidos. É a propagação de um Estado mais enxuto, seguindo a lógica de mercado e retomando a lógica da filantropia:

Então, o grande segredo é este. O tempo que nós demandamos em nos preparar, os recursos necessários para ter as condições de executar certas ações, é muito maior que aquela negociação que precisa ser feita com futuros parceiros. Eu penso que é sempre mais fácil, mas o que você precisa: algo muito importante que antecede todo esse processo, que, na realidade, é construção de uma história de respeito, de seriedade, de competência, de credibilidade, de um trabalho. E assim a gente vai seguindo (Gestor – Assistência Social).

É possível remeter este contexto ao que Yazbek (2010, p. 63) designa como expansão do Welfare Mix ou o Welfare Pluralism (pluralismo de bem-estar) como fenômeno que vem mostrando a

substituição do modelo keynesiano/beveridgiano de bem-estar para um modelo que incorpora setores não-governamentais e não-mercantis da sociedade. Embora no Brasil nunca tenha havido a implantação de um Estado clássico de Bem-Estar Social, a tendência à refilantropização da questão social é recorrente.

Trata-se de uma tendência de retorno à filantropia na abordagem da questão social ou de uma ação seletiva do Estado. Abordagem que se constrói a partir de referências não políticas, e de iniciativas morais de ajuda ao necessitado. Trata-se de um processo caracterizado pela defesa de alternativas privatistas, que envolvem a família, as organizações sociais e a comunidade em geral (YAZBEK, 2010, p. 63).

As ações desenvolvidas pelas organizações parceiras no âmbito da política de assistência social no município de Chapecó ocorrem mediante o repasse de recursos financeiros com periodicidade mensal, cessão de pessoal e participação no Programa Banco de Alimentos. Porém, averiguou-se que a FASC, além de repassar recursos e subsídios e receber, em troca, serviços, também recebe recursos de organizações a fim de atender determinadas demandas, a exemplo das pertinentes ao atendimento à pessoa com deficiência, cujos avanços em termos de legislação, apesar de significativos, ainda são ínfimos:

[...] ela (a organização parceira, neste caso) tem um caráter um pouco diferente; ela não recebe recurso. É um grupo de pessoas; eles fazem promoções, fazem bailes, fazem festas e tal, e o que é arrecadado, eles repassam os materiais para a FASC, por exemplo, nós ainda estamos fazendo aquisição de materiais para pessoas com deficiência, que também é uma outra questão que vai ter que ser negociada com a saúde. [...] A gente tem mais acesso a esses recursos sendo fundação, então isso também facilita a gente receber outros recursos, que não só o recurso público (Técnico – Assistência Social).

O caráter de fundação que possui o órgão diretivo da política de assistência social está usufruindo de sua possibilidade de arrecadar recursos junto à sociedade civil, fragilizando o movimento pela ampliação e consolidação do orçamento dessa política no âmbito do Estado. Tal situação se repete no âmbito de várias políticas que, mediante manobras governistas ou sem possuir orçamento legalmente garantido, ficam à mercê da vontade política dos gestores. Neste sentido,

é de suma importância a mobilização da sociedade civil organizada na ampliação dos orçamentos previstos à consolidação das políticas sociais. Por exemplo, no que toca à área da saúde mental, vale citar o disposto no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I):

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) reafirma o caráter efetivamente público da política de saúde mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. Nesse sentido, responsabiliza os gestores, nos três níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da política de saúde mental, com garantia de dotação orçamentária específica, espaços físicos próprios, condições materiais e técnicas adequadas, para a viabilização do novo modelo assistencial. Propõe, ainda, que a saúde mental esteja integral e universalmente inserida em todas as esferas de saúde, de forma que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde.

Essa deliberação evidencia a existência de novos entendimentos por parte de segmentos da sociedade civil e da esfera pública, que compõe o controle social das políticas sociais, na medida em que fica evidente a demanda pela garantia de que o Estado assuma a responsabilidade integral pelo desenvolvimento dos serviços pertinentes aos atendimentos na área de saúde mental.

Neste aspecto, vale ainda destacar que, com respeito ao financiamento, a IV CNSM-I exige o aumento dos recursos financeiros destinados para a área, a serem garantidos pelas três esferas – municipal, estadual e federal. Ainda, sugere a regulamentação de tais recursos por meio da definição de percentuais oriundos de cada esfera, atribuição de rubrica orçamentária específica, modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle. O Pacto pela Saúde indica que cabe ao Ministério da Saúde zelar pela garantia da política de saúde mental como prioridade, “pautada por processos de monitoramento e controle para uso dos recursos, tendo seu financiamento assegurado por meio de critérios que levem em conta as dimensões demográficas e epidemiológicas regionais e municipais, com extinção do critério de pagamento por produção assistencial”. Ressalte-se que o pagamento por produção assistencial foi

constatado no âmbito da política de saúde em Chapecó, fortalecendo seu viés privatista.

Em entrevista com representante de organização parceira da FASC fundada em 1990, que assume o cargo de coordenação (Parceiro A – Política de Assistência Social), verificou-se a presença do caráter voluntarista, que se afasta da concepção da assistência social como direito e que demanda para sua gestão e execução profissionais capacitados política, ética e tecnicamente:

[...] A minha função aqui dentro é coordenadora geral. A minha formação é o segundo grau completo. Eu tenho dois cursos de cuidador de idoso e o que me respalda, o que me dá força e o que me dá a certeza do que eu estou fazendo são os anos que eu trabalho aqui e o dia a dia, a escola da vida (Parceiro A – Política de Assistência Social).

Tal cenário remete, novamente, ao contexto de refilantropização das políticas sociais em que, conforme Yazbek (2010, p. 63), a questão social com suas múltiplas expressões vai sendo despoliticizada ou, segundo indica Telles (1998, p.15), assumindo o lugar da não política, “onde é figurada como dado a ser administrado tecnicamente ou gerido pelas práticas da filantropia”.

Nesse âmbito, também pode-se afirmar a limitação do controle do Estado acerca da gestão e execução das políticas sociais que são repassadas para a responsabilidade da sociedade civil. Ou seja, o Estado, apesar dos subsídios que oferece às organizações parceiras, não interfere na autonomia e na direção ética, teórica e política dos serviços oferecidos. Se os profissionais atuam sob uma perspectiva voluntarista, necessariamente, esta direção será impressa aos serviços ofertados e tomada como diretriz do próprio Estado.

Essa ausência do Estado transforma questões de natureza “político, econômico-ideológica” em outra “meramente técnica operativa”. O Estado, tratado como ineficiente, burocrático e corrupto, pode facilmente ser substituído por organizações do “terceiro setor”, consideradas “mais dinâmicas, democráticas, populares” e dotadas de maior eficiência e eficácia (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010). Aqui, as classes dominantes invocam a política de assistência social como solução para combater a pobreza relativa e nela imprimem o selo do enfrentamento à desigualdade (MOTA, MARANHÃO E SITCOSKY, 2006).

A organização citada anteriormente, nominada como “Parceiro A – Política de Assistência Social”, atende idosos em caráter de abrigo (Instituição de Longa Permanência de Idosos – ILPI) – atualmente, contando com dezesseis internos, sendo um terço com mais de noventa anos; tem como órgão mantenedor um Clube de Serviço e conta com uma coordenação (representante entrevistado) e doze funcionários, sendo um na área administrativa, cinco na área da saúde (uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem), quatro na área de serviços gerais e duas na área de vigilância. O convênio que possui com o Poder Público municipal consiste no repasse de onze dos doze funcionários mencionados e do valor mensal de R\$ 1.000,00 para pagamento de conta de energia elétrica. Somente a coordenação e funcionária da área administrativa são vinculadas diretamente ao Clube de Serviço em termos de contrato de trabalho. Os custos adicionais à folha de pagamento de funcionários cedidos pela Prefeitura Municipal de Chapecó e à energia elétrica são cobertos por meio de doações da comunidade e de retenção de 50% da aposentadoria de cada idoso abrigado.

É preciso dizer ainda que a organização acima mencionada não possui uma equipe interdisciplinar própria, contando com médica cedida pela Secretaria de Saúde do município de Chapecó para o atendimento aos usuários da organização pelo período de duas horas semanais e com outros profissionais, cedidos por meio de convênio com organização privada (a saber: serviços nas áreas de psicologia, nutrição, serviço social e educação física) e por meio de convênio com universidade local de caráter comunitário (serviços na área da medicina, enfermagem e fisioterapia). Tais serviços foram avaliados pelo entrevistado como precários pelo fato de não serem estáveis e garantidos.

Os idosos atendidos pelo Parceiro A da política de assistência social são encaminhados ao serviço pela FASC, o que denota que o Estado, dado aqui por meio da esfera municipal, já imprimiu legitimidade à participação do terceiro setor na gestão e execução da política a partir desta perspectiva.

Em outra organização parceira da FASC (Parceiro B – Política de Assistência Social), realizou-se entrevista com profissional responsável pela coordenação. Este, sendo portador de diploma de ensino superior, informou ser funcionário efetivo da Secretaria de Educação da Prefeitura Municipal de Chapecó desde 1993, mas cedido para a FASC desde 2005, que, mediante estabelecimento de convênio, o disponibilizou à organização supracitada para exercer a função de coordenação, devido a sua trajetória pessoal vinculada à Igreja Católica.

Vale ressaltar que tal organização é gerenciada pela Igreja Católica e atende migrantes e pessoas em situação de rua, assumindo o caráter de albergue.

A parceria acima referida, dada por meio de convênio aprovado na Câmara de Vereadores do município de Chapecó, consiste na cessão de cinco dos sete funcionários da organização, sendo dois monitores noturnos, duas auxiliares de serviços gerais e um profissional encarregado da coordenação. Além disso, conta também com o repasse mensal do valor de R\$ 3.250,00, para pagamento de contas fixas, e com o repasse de alimentos através do Programa Banco de Alimentos.

A prestação de serviços pelo Parceiro B ao Poder Público municipal ocorre de forma mais enfática no âmbito do atendimento às pessoas em situação de rua, tendo interface direta com o Programa Resgate Social, que, mediante sua equipe, encaminha os sujeitos demandantes de atendimento à estrutura disponibilizada pela organização. Porém, muitas pessoas, em especial migrantes, buscam o serviço de forma direta, sendo encaminhados posteriormente à FASC para a efetivação de encaminhamentos de caráter técnico, haja vista a não existência de equipe técnica no âmbito do serviço; o que denota limitações no atendimento, em especial no que tange aos usuários dependentes de substâncias psicoativas, que demandam a efetivação de encaminhamentos mais complexos. Segundo o entrevistado, representante da organização, existe a perspectiva de estabelecimento de parceria também com a Secretaria de Saúde para a cedência de profissional da área da enfermagem e com a Secretaria de Educação, em função dos projetos demandados, tendo em vista a necessidade de ampliação das possibilidades de atendimento aos usuários. Apesar de o caráter de alguns serviços ser mais paliativo, ocorre aí um fortalecimento do público no âmbito não-estatal e privado.

O Parceiro B da política de assistência social também oferece abrigo a pessoas que passam pelo município para tratamento de saúde, o que é uma opção da Igreja Católica, sua mantenedora, não contando com recursos da Prefeitura Municipal de Chapecó, mas da própria mantenedora e de parcerias estabelecidas com outros municípios da região, cujos municípios necessitam deslocar-se para tratamento de saúde. A alocação de recursos também ocorre via encaminhamento de projetos a órgãos financiadores, principalmente com a finalidade de compra e renovação de equipamentos, e por meio da filiação à Caritas Brasileira, para o envio de projetos de captação de recursos voltados à prestação de serviços no âmbito das situações de emergência (desastres ambientais). Aqui, pode-se verificar a histórica participação da Igreja

Católica na política de assistência social, que imprimiu em seu surgimento um caráter voluntarista e assistencialista e, nos dias atuais, sua atuação em diversos espaços mostra o retorno dessa perspectiva, especialmente no campo socioassistencial.

No caso do Parceiro C da política de assistência social, o representante entrevistado também assumia cargo de coordenação da organização, sendo esta criada e mantida por um Clube de Serviço para o atendimento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em regime interno, pelo período de seis a nove meses. O número de atendidos na ocasião da pesquisa era de vinte internos, contando com parceria também da Secretaria Municipal de Saúde. Isso, considerando a efetivação por parte desta do repasse mensal de R\$ 3.000,00 para o desenvolvimento dos serviços e a disponibilização de suporte por meio do Centro de Atendimento Psicossocial de Adultos (CAP's AD), que faz encaminhamentos de usuários para a organização. A FASC, neste caso, viabiliza à organização: a cessão de um profissional da área do Serviço Social com periodicidade semanal; o acesso ao Banco de Alimentos e atividades pontuais de capacitação aos funcionários. A parceria ocorre desde 1997; quando a organização foi criada.

Vale ressaltar que a estrutura física que abarca a organização pertencera à esfera estadual, sendo cedida ao município, que oficializou a cessão do espaço à organização por tempo indeterminado. Esta realizou as reformas e adaptações necessárias para efetivar os atendimentos na área de atuação, haja vista que a construção disponibilizada era uma unidade escolar sem uso por parte do Poder Público estadual. Desta forma, pode-se averiguar que as parcerias estabelecidas entre Estado e sociedade civil para a gestão e execução das políticas sociais abrangem vários aspectos, que vão desde a cessão de espaço físico e recursos humanos até o repasse propriamente dito de recursos públicos e subsídios.

Quanto ao Parceiro supracitado, observou-se a existência de equipe técnica para a viabilização do atendimento que, conforme entrevista, submeteu-se a um processo de capacitação específica à área de atuação. Tal equipe, na ocasião da entrevista, compunha-se de três monitores, uma psicóloga, duas assistentes sociais (sendo uma cedida pela FASC) e voluntários que integram o Clube de Serviço. Além disso, a organização possui convênio com universidade local para a atuação de estagiários nas áreas de psicologia, serviço social, farmácia, educação física, fisioterapia, agronomia, nutrição e odontologia.

O Parceiro C da política de assistência social possui inscrição nos Conselhos Municipais de Assistência Social, Saúde, Anti-Drogas,

da Criança e do Adolescente e de Segurança Alimentar e tem assento nos Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Anti-Drogas.

Os Conselhos Municipais (Assistência Social e outros), neste contexto, foram citados como órgãos de controle social na área da assistência social, ao acompanharem a gestão e a execução da política:

Nós temos, na área do controle social da assistência, os conselhos que hoje são aí muito importantes e que acompanham toda a execução, a gestão da política, os investimentos, todos os recursos que advêm da participação do governo federal e eu gosto sempre de frisar que, dentro do conjunto dos investimentos em Chapecó, o que o governo federal nos repassa não chega a 10% [...] (Gestor – Assistência Social).

O Técnico da área da assistência social entrevistado também elencou a participação da sociedade civil na gestão por meio das Conferências Municipais, que são realizadas a cada dois anos. Esta forma de participação da sociedade civil, apesar de ser ainda bastante limitada devido a inúmeros fatores, difere da sua participação como executora de políticas sociais. Nos espaços de controle social, a sociedade civil pode debater novas possibilidades para as políticas sociais, avaliando seus rumos e desafios e imprimindo uma nova direção às mesmas.

Conforme referência já realizada, estas formas de participação da sociedade civil no âmbito das políticas sociais representam conquistas fundamentais no processo de democratização da sociedade brasileira. Sabe-se, contudo, que tais espaços, ao invés de serem alargados, foram, com os ventos da contrarreforma, sistematicamente esvaziados, despolitizados e, por vezes, desqualificados por governos e pela própria sociedade.

No município de Chapecó, os profissionais vinculados ao governo municipal na gestão de 1997 a 2004, e que atualmente permanecem no quadro funcional, reiteram e reafirmam o fortalecimento destas instâncias participativas no controle social sobre o Estado e as políticas sociais. Mesmo assim, evidencia-se um desconhecimento em relação ao nível de participação da sociedade civil perante a totalidade dos serviços que são prestados à população no âmbito das políticas de saúde e assistência social. Apesar de avanços empreendidos em relação aos serviços prestados no cerne das políticas supracitadas, é nítida a dependência existente em relação à sociedade civil numa perspectiva gerencial, como substitutiva ao Estado.

No que concerne à política de assistência social, fica evidente o crescimento da participação da sociedade civil na ótica de repasse das funções do Estado a uma gama imensa de organizações que abarca das Igrejas aos clubes de serviço, cujas ações “legitimam as mudanças requeridas pelo processo de reestruturação produtiva e o desmonte dos mecanismos de proteção social” (DURIGUETTO, 2007, p. 172). Sob essa perspectiva, alarga-se a assimilação de elementos isolados da sociedade civil para, posteriormente, pô-los a serviço da ordem capitalista (COUTINHO, 2006). Esse é o caso verificado nesta pesquisa em que a participação da sociedade civil vem se ampliando no município de Chapecó, especialmente através das formas associativas de caráter setorial e corporativo.

2.3.3. Os limites da interferência do Estado na execução não-estatal dos serviços públicos

Faz-se necessário discorrer também acerca dos limites da interferência do Estado na execução não-estatal das políticas de saúde e de assistência social, tendo como base pressupostos já elencados anteriormente neste trabalho a partir de Silva, Jaccoud e Beghin (2005).

Neste sentido, ressalte-se que o financiamento inerente à execução não-estatal da política de saúde, ou seja, o repasse de recursos e subsídios, ocorre, quase em sua totalidade, sem planejamento conjunto de objetivos. De acordo com o Gestor municipal da área da saúde, o planejamento conjunto de objetivos é mais recorrente no caso de parcerias com organizações não-estatais e com órgãos do próprio governo:

[...] quando se trata de órgãos filantrópicos ou não-governamentais, não privados, a gente acaba também participando. Com a Universidade, nós também acabamos interferindo, porque é uma relação mútua, então nós também interferimos no planejamento deles; a rede, na medida em que ela participa diretamente no acolhimento desse acadêmicos, ela também força a Universidade a redimensionar várias coisas. Assim como, também com outras instituições, a instituição lá de parceria com a FASC lá no Centro de Convivência dos Idosos, esse planejamento é feito de forma conjunta com a FASC. Na Cidade do Idoso, da mesma forma. O SASE, que nós temos, que é o

Serviço de Atenção à Saúde Escolar, é uma parceria com a educação. Então existe um planejamento conjunto. Então depende quem é o parceiro, mas quando é privado, nós não interferimos, nós compramos serviços (Gestor – Saúde).

Tais pressupostos foram reforçados em entrevistas realizadas com Parceiros da política de saúde, ao enfatizarem a existência de padrões e protocolos internos que não recebem interferência do poder municipal, sem isentar-se, todavia, dos processos fiscalizatórios determinados. Segundo um dos Parceiros da política de saúde entrevistado:

A interferência que tem é positiva. A interferência de quando nós precisamos de alguma coisa que algumas vezes o sistema não tem ou é um pouco mais difícil e que nós conseguimos argumentar e justificar que é uma situação especial, tem todo o apoio deles. Então, uma relação... ótima! (Parceiro B – Política de Saúde).

O financiamento inerente à execução não-estatal da política de assistência social, assim como no caso da política de saúde, também ocorre, em sua maioria, sem o planejamento conjunto de objetivos. Conforme Gestor da assistência social, as organizações possuem autonomia, contudo, são submetidas a um processo de monitoramento e avaliação, sobre o qual deixou transparecer aspectos que “deveriam ser”, mas com poucos elementos que certificam esta prática:

A entidade tem autonomia. Obviamente, nós temos na FASC o monitoramento e avaliação, que é perante o Conselho da Assistência. A FASC tem na sua equipe de trabalho que é o processo de trabalho que precisa ainda de muito investimento. Hoje nós estamos aí no advento de um Sistema Único da Assistência, que é muito precoce ainda. E, por parte do governo federal, ainda está a sofrer as devidas regulações. Então, nós também estamos aí acompanhando este processo. E é muito claro, isso é muito real para a gente que é preciso que o monitoramento e avaliação realmente seja um processo permanente, dinâmico, bem abrangente (Gestor – Assistência Social).

Com relação à autonomia das organizações parceiras do Estado, destacada pelo entrevistado acima, vale indicar que esta tem

relação com a preocupação de tais organizações em continuarem atuando em prol de seus interesses e objetivos. Estes, apesar de, às vezes, confluírem com interesses e funções do Estado e serem por ele financiados, não permitem sua interferência.

A autonomia das organizações frente aos serviços prestados com a utilização de recursos públicos no lócus da pesquisa foi reforçada pelos parceiros da política de assistência social entrevistados. Segundo Parceiro B entrevistado no âmbito da política supracitada, cuja mantenedora é a Igreja Católica, existe uma regra posta acerca da não interferência na filosofia e linha de trabalho da organização:

[...] o bispo disse: ‘A filosofia é nossa’. O trabalho é nosso e não tem essa questão; até está aberto para fiscalização, porque a FASC, que faz isso, tem a equipe de avaliação e monitoramento; eles vêm aqui, fiscalizam. Nós fizemos todo o ano a renovação da inscrição no Conselho de Assistência e para isso lá é exigido relatório. Então essa parte sim. A gente até é convidado para participar de alguns encontros de formação, reuniões, mas eles sabem que, mesmo eu sendo cedida da Prefeitura, tem essa questão, que eles deixam, até porque o bispo deixou bem claro: ‘A linha de trabalho é nossa’. Eu sinto assim, enquanto profissional, eu tenho muito essa postura de profissional, aqui é Serviço Social, mesmo que é da Igreja; tem alguns momentos nós temos missas, tem alguns momentos celebrativos para celebrar a fé; no tratamento, é importante a espiritualidade, mas o restante é um trabalho social (Parceiro B – Política de Assistência Social).

No fragmento da entrevista apresentado acima, pode-se observar o poder que a Igreja ainda possui no âmbito das políticas sociais, sobretudo, na política de assistência social, cujo surgimento deu-se em seu cerne. Porém, é citado o aspecto técnico do trabalho, identificado enquanto “trabalho social”.

Entretanto, em caráter geral, constatou-se que, no tocante à análise de Silva, Jaccoud e Beghin (2005, p. 396) acerca da existência de formatos ou regimes diferentes de participação da sociedade civil na implementação de políticas ou programas sociais, mediante a pesquisa de campo realizada no município de Chapecó, pode-se analisar que se torna formal:

- a) O Regime de execução não-estatal com financiamento público direto – na medida em que o Estado, para a gestão e execução das políticas sociais, tem consolidadas parcerias ou termos de convênio com organizações não-governamentais e setor privado mediante, senão a construção conjunta de objetivos, a solicitação de serviços determinados, disponibilizando recursos (financeiros, materiais, organizacionais ou humanos) e exercendo o monitoramento e fiscalização das ações.
- b) O Regime de mobilização de recursos privados – ao contar com trabalho voluntário e recursos financeiros oriundos de doações para a implementação de programas e serviços, imprimindo um caráter voluntarista e conservador às políticas sociais.

No que concerne ao Regime de execução não-estatal com financiamento público indireto, que se dá quando o objetivo das ações não é formalizado diretamente entre os interessados e o Estado participa, indiretamente, através de mecanismos como imunidades de impostos e contribuições sociais, isenções e incentivos fiscais, a pesquisa de campo não identificou sua efetivação formal, mas tem-se conhecimento de sua viabilização em diversas esferas de governo.

Em relação à participação da esfera pública não-estatal no desenvolvimento das políticas sociais, Barreto (1999, p. 132) indagou sobre sua contribuição concreta na redução progressiva do divórcio estabelecido entre o Estado e a sociedade brasileira, afirmando que a simples transformação de entidades estatais em organizações sociais não garante mudanças neste sentido. Ainda de acordo com manifestação da autora ao final da década de elaboração do projeto de “reforma”:

A mera transferência de atividades sociais para o setor público não-estatal, embora possa propiciar ganhos de eficiência no plano micro, apresenta o risco de provocar fragmentação e dispersão de esforços. Sem efetiva coordenação e articulação dessas ações, existe grande probabilidade de que ganhos de eficiência, eventualmente alcançados no nível individual das organizações sociais, não resultem na melhoria do resultado do conjunto da ação social. Da mesma forma, a participação social não pode ficar adstrita às entidades executoras de serviços; isso porque as políticas públicas só passarão a expressar as expectativas sociais na medida em que houver espaço para a participação nas instâncias estratégicas de formulação (BARRETO, 1999, p. 136).

A autora já apontava o que se constata hoje na realidade de Chapecó: o risco de transformação prematura de entidades estatais em organizações sociais, sem o prévio desenvolvimento de condições efetivas de gestão e avaliação. Se o governo, por alguma razão, prescindir dessa etapa preliminar, poderá instituir um processo de publicização que tenderá a reproduzir um padrão gerencial baseado no controle formal, sem âncora em referências sólidas.

Nisto, Nogueira (2005) ilustra que as reformas não podem ser pensadas apenas em função dos recursos que os governos deixarão de gastar. Sua consistência está diretamente vinculada à capacidade de concepção de uma nova sociedade e de vinculação desta à defesa dos direitos. Ou seja, a reforma do Estado deve ser o prolongamento de uma reforma democrática e social, na medida em que intenciona reformular as relações entre o Estado e a sociedade civil. O que se percebe, porém, a partir da contrarreforma em vigor, é uma reformulação das relações entre o Estado e a sociedade civil na forma de distanciamento político e de constituição e consolidação de uma sociedade civil coadjuvante, sem embate.

2.3.4. O controle do Estado sobre a participação da sociedade civil nas políticas sociais

A pesquisa, ao analisar como ocorre a chamada “participação da sociedade civil” na gestão e execução das políticas sociais na perspectiva elencada no projeto de “reforma” de Bresser Pereira, dada pela atuação da esfera pública não-estatal ou iniciativa privada neste âmbito, também elenca de que forma ocorre o controle público acerca da execução não-estatal das políticas sociais. Esse aspecto será abordado em dois enfoques: primeiro, em relação aos marcos institucionais ou mecanismos jurídicos no estabelecimento das ações e serviços pactuados e, segundo, em relação aos mecanismos de controle do Estado sobre as organizações participantes.

Quanto aos marcos institucionais ou mecanismos existentes elaborados pelo Poder Público municipal para a participação das organizações públicas não-estatais e da iniciativa privada na gestão e execução das políticas sociais no município de Chapecó, buscou-se tais informações por meio das entrevistas com gestores, técnicos e parceiros atuantes na gestão e execução das políticas de saúde e assistência social no referido município.

Os marcos institucionais ou mecanismos utilizados para a participação da sociedade civil, aqui entendida como as organizações do terceiro setor e a iniciativa privada, na política de saúde possuem um nível mais amplo, na medida em que se respaldam na legislação que abarca o SUS, ou seja, foram definidos num nível macro. O Gestor na área da saúde indicou maiores dificuldades de observância de tal legislação ao se tratar das parcerias com a iniciativa privada. Segundo ele, o mercado tende a impor suas regras e mediante tal situação, na demanda por determinada especialidade, existe o interesse de que o(s) profissional(is) demandado(s) integre(m) o quadro efetivo do Poder Público, todavia, perduram resistências neste âmbito, limitando os acessos. Neste sentido, esbarra-se na limitação de recursos disponibilizados para o financiamento da política de saúde.

[...] quando você compra serviço, é por outra necessidade, ou seja, você tem a necessidade de um determinado especialista e você vai em busca dele. Preferencialmente, você tenta integrar ele dentro da tua equipe. Quando eu não consigo contratar para dentro – porque, se eu trago ele como um servidor público eu posso ter uma ingerência maior nessa política que se quer realmente de saúde; quando eu não consigo isso, eu tenho que comprar esse serviço. Então é muito difícil você ter um marco dessas ações, mas na compra de serviços, é por uma necessidade, você tem que buscar, você tem que comprar isso para dispor dentro da linha da atenção. A saúde tem que ser vista como uma linha da atenção de forma integral, onde você não pode ficar dando só o atendimento básico; o atendimento básico não resolve tudo; você precisa de outros profissionais, de outras visões, de outras intervenções, de outros procedimentos. Você procura sempre constituir isso como uma política tua, interna, mas quando você não consegue, você é forçado a buscar no mercado. Então, nem sempre você tem exatamente o perfil, tem esse profissional que você quer, mas é uma necessidade, então fica muito difícil você estabelecer esses marcos (Gestor – Saúde).

Nisto, a demanda pelo atendimento que ultrapasse os limites da Atenção Básica é colocada de forma enfática, contudo, sem apresentar perspectivas de que o Estado cumpra este papel de forma integral, isto é,

o atendimento efetivo das demandas inerentes à atenção de média e alta complexidade. O mercado é posto como ente indispensável com poder para definir parâmetros e marcos legais no que concerne a sua relação com o Poder Público.

Entretanto, algumas legislações foram apontadas pelos entrevistados como embasadoras da relação estabelecida pelo Estado com a sociedade civil como iniciativa privada. Dentre tais legislações, vale citar a Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993, que, regulamentando o Art. 37, Inciso XXI da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Em seu Art. 1º, diz que “esta Lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. No Parágrafo único do mesmo Artigo, pode-se averiguar que tal legislação submete, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios²⁶.

De acordo com o Gestor na área da saúde, existe uma relação de afinidade com as organizações de caráter não-estatal e não-mercantil, pelo fato de as mesmas já desenvolverem serviços numa direção próxima àquela que rege a política de saúde no município.

[...] Já com as outras instituições não-governamentais é muito mais fácil. Por exemplo, o GAPA é uma instituição já constituída que tem toda uma história, uma trajetória de pessoas, de voluntários engajados e que fica fácil eu estabelecer uma parceria, porque eu sei que o objetivo deles é o mesmo que o nosso; nós trabalhamos numa mesma direção [...] (Gestor – Saúde).

As parcerias com organizações não-estatais e não-mercantis são realizadas por meio de convênio e geridas pela Gerência de Projetos e Planejamento, diferentemente das parcerias estabelecidas de forma

²⁶ Vale mencionar que, conforme o Art. 3º da Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993, “a licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos”. (Redação dada pela Lei nº 12.349, de 2010).

direta ou indireta com a iniciativa privada, em que são realizados contratos e a gestão é efetivada por meio da Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. Nisto, vale enfatizar que a maioria massiva das parcerias estabelecidas em relação à política de saúde ocorre com a iniciativa privada na busca pelas especialidades. Conforme Técnico entrevistado da área da saúde, no que se refere à rede básica de atendimento, esta é responsabilidade do município, alegando que legislação não permite contratação e/ou complementação.

Vale destacar que embora o Técnico da área da saúde tenha expressado que legislação não permite contratação de serviços na área da atenção básica, esta vem sendo recorrente em diversos municípios brasileiros, fortalecida pelos marcos legais vigentes, considerando, por exemplo, a criação de fundações voltadas a esta finalidade e a terceirização de serviços nesta área. De certo, a preocupação das agências internacionais e do ideário inserido no projeto de “reforma” do Estado apontam para a priorização da atenção básica dentre o conjunto de ações e serviços a serem desenvolvidos pelo Estado na área da saúde, entretanto, esta tem sido, igualmente, afetada pela lógica da privatização e da publicização.

Quanto aos marcos institucionais ou mecanismos utilizados para a participação das organizações do terceiro setor e da iniciativa privada na política de assistência social, o Gestor fez menção à efetivação de convênios. Tais convênios também foram mencionados pelo Técnico da área da assistência social, que acrescentou a regulação efetivada através de legislações municipais. Todavia, observou-se a limitação de marcos institucionais voltados a subsidiar a participação de organizações públicas não-estatais e privadas na gestão e execução da política.

Gestores e técnicos entrevistados no âmbito das políticas de saúde e assistência social, apesar de citarem legislações nacionais e descreverem mecanismos utilizados para a efetivação de parcerias com organizações públicas não-estatais e esfera privada, não explicitaram clareza e aprofundamento acerca da questão. Fica evidente que a legitimação da busca pela sociedade civil para o desenvolvimento de programas e serviços, no contexto em questão e herdada de contextos mais amplos, transformou-se em cultura – já isenta de argumentação teórica e jurídica.

Com respeito aos mecanismos de controle do Estado sobre a execução não-estatal das políticas em análise, no âmbito da política de saúde, como já citado, as parcerias são desencadeadas junto à iniciativa privada de forma direta, mediante a efetivação de licitações, e de forma indireta, mediante o acesso ao CIS-AMOSC, bem como, junto a

organizações do “terceiro setor” e a órgãos e setores públicos, na perspectiva da intersetorialidade.

Quando se trata de estabelecimento de parceria direta, as empresas privadas interessadas em desempenhar serviços no âmbito da política de saúde são fiscalizadas e auditadas para, na sequência, serem submetidas a um contrato de prestação de serviços, por intermédio do SUS. Segundo Técnico da área da saúde entrevistado que atua na Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria: “[...] a gente, quando faz toda essa parte burocrática da realização do contrato, a gente faz a vistoria *in loco*, verifica as condições, a capacidade física instalada, como está organizado esse serviço lá no local. Se está ok, a gente contrata [...]” (Técnico – Saúde). De acordo com Inciso XI do Art. 18 da Lei nº 8.080/1990, está, entre as competências da direção municipal do SUS, “controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde”. O Art. 22 da mesma legislação define que, “na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento”.

Cabe salientar que, em algumas situações, a auditoria é realizada pelo próprio Ministério de Saúde, que possui o Sistema Nacional de Auditoria desenvolvido por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sua missão, conforme disposto em site institucional, é "Realizar auditoria no SUS, contribuindo para qualificação da gestão, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de saúde". A habilitação de determinados serviços depende da avaliação pleiteada por meio de tais auditorias.

Em entrevistas com Parceiros da política de saúde, ocorreu a menção também à fiscalização anual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária²⁷. Da mesma forma, deu-se ênfase ao envio de laudos, acompanhados de cópia dos exames, à Secretaria de Saúde para autorização de procedimentos. Tais laudos possuem validade limitada por três meses. Também ocorreu a citação da apresentação da fatura a ser paga pelo Poder Público junto à “cópia das folhas de assinatura”, sendo, frequentemente, solicitadas informações adicionais, por

²⁷ Conforme o Parágrafo 1º do Art. 6º da Lei nº 8.080/1990, “entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

representante da Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. Nesta perspectiva, segundo o Parceiro B da política de saúde entrevistado:

[...] Eu faço toda a contrarreferência, preenchida; toda a conduta preenchida. E, eu posso dizer assim, especialmente no meu caso do diabetes, eu acredito que isso ocorra a contento, porque nós mesmos, junto com os médicos da Secretaria de Saúde que atendem os diabéticos, fizemos o controle de revisões futuras desses pacientes. Então, eu atendo e aquele paciente tem uma alteração e eu determino que em seis meses ele tem que voltar; ele volta em seis meses. O outro paciente, eu atendo e não tem alteração nenhuma do diabetes, está normal, eu peço para voltar em um ano; ele volta em um ano. Então, isto que eu conheço. Esse fluxo eu conheço e aí dos diabéticos funciona bem. Do restante, do geral, eu não sei dizer exatamente como é feito o controle. Mas dos diabéticos, particularmente, ocorre e é bem a contento. Claro que algumas falhas existem, mas, dentro do volume, acredito eu que seja normal (Parceiro B – Política de Saúde).

No caso da situação específica do Parceiro A da política de saúde entrevistado, coletou-se o seguinte relato: “Eu mando também, mensalmente, no fim do mês, o controle da entrada e saída de pacientes, que eu faço um relatório: quem começou e quem saiu, pelo motivo do qual saiu, se foi embora, se foi a óbito, se transplantou, como eles fazem o controle de pacientes que a gente tem”. Ou seja, ocorre, de forma quase que predominante, um controle quantitativo com conotação de prestação de contas e afastado das prerrogativas conquistadas no âmbito da política de saúde, voltadas à atenção à saúde não tão somente na perspectiva da doença, mas da prevenção e qualidade de vida, por meio da atuação interdisciplinar com as demais políticas sociais.

No que se refere ao controle do Estado acerca dos serviços prestados, o Parceiro C da Secretaria de Saúde enfatizou a existência de acompanhamento trimestral, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, o Conselho Municipal da Saúde de Chapecó, secretários municipais da região, a Gerência Regional da Saúde. Isso, via constituição de Comissão junto aos técnicos da organização para a viabilização de avaliação dos atendimentos quantitativos e qualitativos. No que tange ao controle e avaliação, o Parceiro ainda mencionou que:

O controle como até relatei, mais é quantitativo do que qualitativo, porque a gente procura dar um bom atendimento e evitar que haja reclamações que vão acabar parando lá no setor de controle e avaliação; que é o órgão interno da secretaria que faz essa medição. Mas independente dos números, a gente tem metas: X número de consultas, de cirurgias, de exames, de raio-x, ultrassom, mamografias, ressonância magnéticas, tomografias, existe um número pactuado em cima desse que a gente trabalha; até para a gente ter a nossa programação interna de equipamentos e de funcionários para atender essa demanda, mas a questão qualitativa, que é o índice de satisfação, é uma questão mais interna do hospital. Então a gente tem uma pessoa que periodicamente faz a distribuição dos questionários; eles estão disponíveis 24h para todos os nossos usuários; em todos, evidentemente, respondem, nos retornam com os questionários; então serve para nós aqui dentro termos um parâmetro de como é que está o nível de satisfação do nosso cliente [...] (Parceiro C – Política de Saúde).

As pessoas atendidas pelo Parceiro supracitado, apesar de seu caráter não-mercantil, são denominadas de “clientes” e não-cidadãos, remetendo-se à lógica de mercado, em que “a inclusão significa entrar no mercado (não importa como). Incluído não é mais o cidadão portador de direitos civis, políticos e sociais; é o produtor/consumidor de mercadorias” (VIANNA, 2008, p. 148-149).

No caso da parceria indireta estabelecida pela Secretaria de Saúde do município de Chapecó, dada por meio do CIS-AMOSC, também existe um sistema de controle e avaliação, mas que fica a cargo do próprio consórcio. Este contrata as empresas prestadoras de serviços de forma direta, responsabilizando-se pela parte de auditoria e fiscalização. O Poder Público efetiva uma parceria com o consórcio mediante pagamento de determinado valor, que viabilizará o acesso a um montante determinado de serviços mensais pelo custo estabelecido pelo consórcio. Para melhor compreensão, vale atentar para o explanado pelo Gestor da área da saúde entrevistado que denota que o Estado, ao invés de investir nos profissionais médicos do sistema, opta por pagar aqueles que estão na esfera privada, muitas vezes, mediante um custo mais alto:

Se eu precisar de um neurologista, por exemplo, eu busco, eu compro esse serviço mediante esse valor que o consórcio contratualizou direto com eles. Vamos supor: uma consulta médica pelo SUS custa R\$11,00; como o médico não se habilita, o consórcio compra por R\$40,00 uma consulta. Então, para mim ter acesso a essa consulta, tem que pagar esse valor ao consórcio (Gestor – Saúde).

O controle do Estado acerca da execução não-estatal da política de saúde é realizado pela Diretoria de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação. Conforme Técnico da área da saúde entrevistado, “é o setor que engloba toda a produção da rede básica dos prestadores privados [...]; que faz o controle, faz a parte do processamento dos dados e a parte de auditoria”. Ainda, segundo Técnico entrevistado, existe uma equipe específica que realiza a parte de controle e avaliação das contas, sendo que são realizadas auditorias mediante a constatação de “alguma dificuldade, algum problema, alguma distorção”. Ocorreu destaque também ao fato de o município pesquisado enquadrar-se na Gestão Plena, o que lhe confere a possibilidade de gerir os próprios serviços. De acordo com Técnico da saúde, no ato da realização do contrato, além da assinatura deste, é entregue um instrumental contendo as normas e rotinas do contrato. É realizado, anualmente, antes da renovação dos contratos ou mediante queixas e denúncias efetuadas por meio do sistema de ouvidoria, uma vistoria in loco ou a convocação do prestador de serviços para cobrar esclarecimentos.

No tocante à implantação do mecanismo de ouvidoria, segundo Soares (2010, p. 366-367), este integra as diretrizes da política de saúde²⁸, compondo as estratégias de concepção de participação social da

²⁸ O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS foi criado por meio do Decreto nº 4.726/2003 e compõe a estrutura do Ministério da Saúde. O Art. 28 da legislação supracitada indica que ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS compete: I – propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS; II – estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria da Saúde; III – implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS; IV – analisar sugestões emanadas da sociedade civil por intermédio de suas organizações, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde e promover a discussão com os outros órgãos do Ministério; V – estimular a realização permanente de fóruns de usuários do SUS; VI – promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das reclamações ou informações decorrentes; VII – propor medidas visando assegurar o acesso do cidadão às informações individuais existentes nos órgãos de saúde; VIII – recomendar a correção de problemas identificados mediante reclamações

sua racionalidade hegemônica. Neste contexto, as ouvidorias podem se configurar como espaços de conformação da população usuária que, ao ser ouvida, oficializa sua reclamação individualizada e efetivamente não se mobiliza em torno do direito à saúde numa perspectiva coletiva, estando coerente com a participação solidária, enfaticamente estimulada pela política atual. Entretanto, por outro lado, as ouvidorias também se colocam como espaços de tensionamento e referência na garantia da saúde como um direito, haja vista a abertura de novos espaços para que os usuários dos serviços participem do processo de avaliação da política, exijam qualidade e a materialização de seus princípios.

Para o Gestor da saúde, todas as ações efetivadas, tanto no âmbito da Atenção Básica, quanto no âmbito da Atenção Especializada (Média e Alta Complexidade), geram uma “produção”, sendo que a remuneração pode ocorrer por “produção” ou a partir da definição de um teto, que é estipulado “considerando a população e considerando uma série histórica de produção”. A atuação com a sistemática da “produção” ocorre de forma mais enfática nos âmbitos da Média e Alta Complexidade e exige um monitoramento frequente, considerando os gastos públicos empreendidos:

Principalmente na área de Média e Alta Complexidade, a gente trabalha muito com produção, então tudo o que a gente compra, tudo o que a gente faz, tudo o que a gente realiza, existe um lançamento dessa produção, existe um acompanhamento por parte da Diretoria de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação. Toda e qualquer denúncia que acontece, existe uma ouvidoria que suscita a Diretoria de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação também que faz esse acompanhamento. Nós temos auditorias permanentes, por exemplo, HRO, ele é um prestador de serviço nosso, ele é auditado frequentemente, nós temos praticamente uma auditoria permanente, porque envolve muitos recursos (Gestor – Saúde).

No depoimento acima, o Gestor da área da saúde cita o principal prestador privado, em que o volume de recursos é de grande

enviadas diretamente ao Ministério contra atos e omissões ilegais ou indevidas no âmbito da saúde; e IX – recomendar a revogação ou correção de atos que não atendam aos objetivos e normas constantes da legislação vigente na área da saúde é uma importante referência na garantia da Saúde enquanto um direito, haja vista a abertura para que os usuários dos serviços participem do processo de avaliação da Política e exijam qualidade.

monta em relação à totalidade dos recursos dispostos para a política de saúde no município, havendo uma preocupação mais acentuada com a realização do monitoramento e avaliação.

Vale destacar que o Conselho Municipal de Saúde também foi indicado como importante instrumento de monitoramento dos atendimentos das demandas públicas efetivados no âmbito da sociedade civil, o que imprime caráter diverso à participação da sociedade civil – agora, efetivamente, como espaço de controle social.

No âmbito da política de assistência social, o controle do Estado sobre a execução não-estatal da política dá-se mediante um processo de monitoramento e avaliação que, segundo o Gestor, demanda ser ampliado:

Nós temos alguns controles [...]. Hoje são várias tecnologias que acompanham toda a gestão. Nós estamos aí bastante controlados para que a gente realmente tenha recursos efetivamente na conta, por parte do governo federal. Nós temos que ter aí hoje um cuidado muito grande na gestão. Então, com as entidades, além do monitoramento e avaliação, o acompanhamento aos trabalhos. É preciso, e as próprias entidades vêm sendo informadas dentro de cada trabalho, de cada natureza de trabalho, os cuidados mínimos, respeitada a autonomia da entidade. Mas a política, as capacitações têm se ampliado também para as entidades, para no mínimo, as pessoas responsáveis. Mas eu falo que tudo isso sempre, com certeza, tudo isso a ser bem ampliado (Gestor – Assistência Social).

O Técnico da área da assistência social entrevistado, ao mencionar as ações de monitoramento e avaliação por parte da FASC, ressalta:

É um acompanhamento. Nós, enquanto FASC, não temos um caráter fiscalizador; nós não temos esse papel. Na nossa visão, claro, a gente precisa fazer esse acompanhamento do serviço que está sendo prestado, porque a gente é o órgão gestor da política no município. Mas a gente tem muito mais no intuito de assessorar e contribuir com as entidades para qualificar o trabalho (Técnico – Assistência Social).

As organizações conveniadas apresentam relatórios de prestação de contas mensais das atividades desenvolvidas com os

recursos e subsídios repassados, juntamente com as notas fiscais dos gastos, bem como, Balanços Anuais, que também são apresentados junto aos Conselhos Municipais e Fundo da Infância e Adolescência (FIA), no caso de recursos oriundos desse Fundo. Segundo o Técnico entrevistado:

[...] No ato de formalização do convênio, a entidade elabora um Plano de Trabalho e ela presta contas de acordo com a execução, de acordo com o Plano de Trabalho que ela apresentou no início, no ato de execução do convênio. Então, a prestação de contas é mensal, porque o repasse é mensal; então executa a parcela e presta contas para o município daquela parcela (Técnico – Assistência Social).

Essas informações foram reafirmadas por Parceiro entrevistado, todavia, com ênfase para uma relação pautada na confiança devido ao tempo de prestação de serviços à comunidade: “Mas a casa já faz vinte anos. A casa já é bem conhecida também e as portas estão abertas para a FASC, para a Prefeitura; quando quiserem alguma informação, a gente passa” (Parceiro A – Política de Assistência Social).

No caso do Parceiro B da política de assistência social, que atende pessoas em situação de rua e migrantes por meio de convênio estabelecido com a FASC, este também encaminha, além da prestação de contas, relatório nominal trimestral das pessoas atendidas.

A partir dos elementos acima exibidos, pode-se avaliar a presença marcadamente fiscalizadora que passa a ser remetida ao Estado, através do repasse de suas funções para as organizações não-estatais e para a esfera privada. Nota-se a demanda por transformações na alocação de recursos públicos por meio da implementação e radicalização da perspectiva da reforma democrática do Estado; possível mediante densa articulação entre os entes federativos e entre os gestores e mecanismos de controle social. Neste sentido, os conselhos, conforme elenca Behring (2008, p. 171-172) necessitam ser respeitados em sua função deliberativa, como arena democrática de estabelecimento de consensos e conflitos. A autora questiona: “por que repassar recursos públicos para estes novos entes e para as ONG’s e congêneres, ao invés de fortalecer os equipamentos existentes?”.

2.3.5. A avaliação da execução compartilhada das políticas sociais entre Estado e esfera pública não-estatal e privada

Sobre a avaliação da gestão compartilhada entre Estado e sociedade civil no âmbito da política de saúde, o Gestor da área da saúde enfatiza que “ela tem resultados”, mas também expõe ser desafiador o gerenciamento das parcerias, haja vista que existe resistência à submissão às regras estabelecidas pelo SUS, em especial no que concerne aos valores do financiamento. Ainda, existem dificuldades inerentes à efetivação da avaliação dos serviços prestados por terceiros, bem como, de acessar majoritariamente os serviços adequados à necessidade da política:

Quando a gente se obriga a buscar compra de serviço, por exemplo, eu não tenho como fazer gestão sobre o profissional [...]. Por exemplo, se eu contrato alguém para fazer raio-x, os meus profissionais da rede vão avaliar se esse raio-x está adequado ou não. Então nós já tivemos substituição, por exemplo, de prestador de serviço porque os nossos profissionais da rede avaliaram que não era um serviço de boa qualidade. É muito difícil você ter a gerência, participar diretamente da organização desse prestador e pela dificuldade muitas vezes de acesso a determinados serviços, você se obriga a comprar serviços, nem sempre aquilo que você considera o ideal (Gestor – Saúde).

Apesar do exposto acerca de parcerias estabelecidas com a esfera privada, o Gestor da saúde expressa que as organizações parceiras que possuem a mesma perspectiva permitem a construção de parcerias sólidas, demonstrando interesse pela viabilização do SUS que, efetivamente, prima pela autonomia dos cidadãos, numa relação transformada, como é o caso da parceria estabelecida com universidade local:

O objetivo da Universidade está muito ligado ao nosso objetivo, que é de realmente construir um sistema de saúde adequado; você constrói uma bela parceria; você trabalha numa mesma direção. Mas quando você tem que comprar serviços, você tem muitas vezes que se sujeitar ao mercado que está aí colocado e que nem sempre o objetivo de quem está te vendendo o serviço é o mesmo que o teu, ou seja, ele tem o objetivo de obter recursos

para um determinado serviço e eu gostaria de estar construindo um sistema onde as pessoas... esse prestador me ajudasse a constituir cidadãos que tivessem uma outra visão do sistema de saúde, ou seja, que não entendesse ele como um agente pró-ativo na construção da saúde e não gerar um processo de dependência nele. Só que muitas vezes você tem dificuldade de acesso e você tem que, mesmo sabendo que você não está construindo um sistema como você gostaria de estar, mas se obriga a comprar esse determinado serviço (Gestor – Saúde).

A crítica tecida pelo Gestor da saúde em relação à compra dos serviços que devem integrar a política de saúde como direito universal foi intensificada no que se refere aos municípios de pequeno porte, em que as opções de serviços são reduzidas e o mercado fica com o comando da relação mercantil estabelecida com o Estado, dificultado a implementação da relação sugerida pelas diretrizes do SUS:

Isso que ainda aqui a gente tem esse acesso. Agora, se a gente vai para os municípios menores, é pior ainda, porque eles nem essa escolha, muitas vezes, eles têm. Mas aqui muitas vezes tem determinado profissional, o serviço que eu não tenho nem como escolher. É o único que eu tenho e aí eu me obrigo, mesmo sabendo que essa pessoa está reforçando um sistema baseado no modelo biomédico de dependência do cidadão em relação a um profissional, e não de trabalhar a sua autodeterminação, a sua cidadania. Mas com a rede a gente consegue construir esse sistema e com alguns parceiros, principalmente esses parceiros que tem esse foco, essa visão mesma que a nossa ou que buscam esse mesmo objetivo, a gente consegue constituir essa política (Gestor – Saúde).

Nos depoimentos acima, é reafirmada uma postura de submissão do Estado à lógica de mercado. A rede de serviços oferecida pela iniciativa privada, ao mesmo tempo que é apontada como limitada por não oferecer serviços na perspectiva exposta como de direção da gestão, é indicada como possibilitadora dos acessos necessários. Fica ausente a menção à possibilidade de o Estado ser o fornecedor dos serviços em sua totalidade. Ocorre a avaliação de que iniciativas da sociedade civil no âmbito da gestão e execução de políticas públicas,

numa perspectiva gerencial, são efetivas como resposta às demandas sociais. As razões de tal avaliação remetem à percepção de um Estado burocrático e “pesado”, devido às “formalidades” e “protocolos”. É a privatização das políticas sociais “pela via da terceirização de serviços, abrindo espaço para a mercantilização e a quebra do princípio da universalidade, bem como de repasse patrimonial e de recursos públicos ao setor privado” (BEHRING, 2008, p. 171). Ocorre também uma valorização do trabalho voluntário como perspectiva efetiva de atuação:

[...] nós temos muitas iniciativas da sociedade e que, às vezes, são muito mais resolutivas até do que o próprio Poder Público em algumas ações, porque muitas vezes o Poder Público tem de estar amarrado a determinadas formalidades, determinados protocolos, a determinadas condutas e que muitas vezes lá na iniciativa da sociedade isso não existe. Quando você tem pessoas que voluntariamente participam na constituição de uma ação, ela acaba sendo muitas vezes muito mais efetiva do que o próprio Poder Público. Vamos pegar, por exemplo, a Pastoral da Criança. A Pastoral da Criança é uma iniciativa de pessoas que se organizam através de uma instituição religiosa, mas que desenvolve um trabalho belíssimo e com uma ótima resolutividade, onde eles trabalham a questão da subnutrição, vários aspectos ligados ao desenvolvimento da criança. Então tem muitas iniciativas, de Igrejas temos iniciativas belíssimas, temos a questão do Albergue, que é uma parceria de FASC, saúde e a Igreja Católica. [...] Eu sou muito incentivador, porque eu acho que elas são muito resolutivas; elas trabalham com conceito de cidadania, trabalham com a questão da autodeterminação das pessoas no sentido de gerar a autonomia das pessoas e que muitas vezes o Poder Público tem essa dificuldade de trabalhar essa questão da autonomia (Gestor – Saúde).

No depoimento acima, evidencia-se uma desqualificação da esfera pública frente à valorização da esfera não-estatal, citada por meio de diversas organizações. Neste sentido, vale atentar para a natureza e os objetivos das organizações parceiras, como a Pastoral da Criança, por exemplo, que desenvolve ações em defesa da ampliação da cidadania. Porém, outras organizações da sociedade civil têm seu foco voltado a

interesses corporativos, dificultando a materialização de um Estado de cunho democrático.

Esse tipo de participação da sociedade na execução de políticas ou programas sociais, ainda que, contribuindo para melhorar as condições de vida de algumas parcelas da população, não transforma os excluídos em cidadãos: apenas os assiste, tornando-os dependentes da ajuda privada que, por seu turno, depende das flutuações das intenções e dos interesses das organizações privadas. Falta a esta noção de parceria aquilo que os direitos sociais legalmente garantidos pelo contrato social contemplam, mesmo quando burocratizados e esvaziados (SILVA, JACCOUD e BEGHIN, 2005, p. 399).

A participação da sociedade civil na execução dos serviços que competem ao Estado também foi considerada indispensável na ótica do Técnico da área da saúde entrevistado. Este expõe que o Estado não tem condições de possuir a estrutura, equipamentos e profissionais demandados para o atendimento de especialidades.

É inviável para a Secretaria de Saúde, para a Prefeitura de Chapecó montar (por exemplo) uma clínica renal, montar um serviço de diagnóstico especializado. A gente fez o levantamento de algumas áreas, por exemplo, até a gente avançou bastante nos laboratórios. [...] precisaria não só do profissional; precisa também dos equipamentos; precisa da estrutura. Claro que seria o ideal, porque tem alguns serviços que a gente tem que complementar tabela, quando a gente não consegue comprar tabela SUS e a lógica é dentro de tudo o que a gente puder estar fazendo, se tornando serviço próprio; a lógica é que cada vez mais a Prefeitura assuma, mas tem algumas áreas que infelizmente não tem como, por exemplo, a parte da oncologia. A oncologia tem toda a parte que tem que estar integrada com o hospital. Então, isso é inviável e até o próprio Ministério hoje não credencia mais serviços isolados. Uma vez você tinha serviço de quimioterapia, serviço de radioterapia. Hoje ele tenta buscar dentro daquele serviço que tenha integração desde os diagnósticos, o exame precoce, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação; seja tudo integrado num

único serviço. É essa a lógica que o Ministério hoje trabalha (Técnico – Saúde).

A desqualificação do público presente do depoimento acima remete ao discurso apresentado em relação aos novos modelos, instrumentos e inovações na gestão do SUS. Tal discurso, como afirma Soares (2010, p. 364), enfatiza que se trata de “mudanças necessárias à modernização da reforma sanitária”, objetivando qualificar a gestão do sistema, “conferindo-lhe resolutividade, eficiência e eficácia”. Todavia, integram sim uma racionalidade que visa legitimar e garantir que “a ampliação e gerenciamento do sistema estejam vinculados aos interesses da mercantilização e privatização dos serviços de saúde e, com isso, às necessidades de expansão do capital”. Faz-se necessário destacar ainda que as inovações e mudanças citadas acima, de forma direta ou indireta, são responsáveis pela reprodução e intensificação das demandas e ações assistenciais/emergenciais no interior do SUS (SOARES, 2010, p. 364).

Apesar da defesa da presença da sociedade civil, entendida como organizações públicas não-estatais e da iniciativa privada, no âmbito da esfera pública, um desafio posto pelo Gestor na área da saúde consiste na constituição da esfera federal de forma intersetorial, tecendo críticas à segmentação dos Ministérios e orçamentos, que interfere na organização da gestão nas esferas estadual e municipal:

[...] Acho que nós ainda temos ilhas que vêm lá de cima para baixo, desde a constituição dos Ministérios com seus orçamentos segmentados onde um não conversa com o outro e aí instituem programas que vêm (de forma) vertical para os municípios. A saúde tem muito presente isso. Se o Ministério simplesmente repassasse os recursos para o município criar os seus programas, a gente criaria vários outros programas, outras parcerias. [...] O Ministério tem lá Programa Saúde da Família. Então, se você quiser minimamente ter acesso a uma parte desses recursos para financiar esse programa, você tem que aderir a isso. Aí você tem que se subordinar a determinadas regras para fazer funcionar (Gestor – Saúde).

Portanto, o Gestor da área da saúde do período de 2005 a 2010 destaca acima a demanda pela análise das especificidades de cada contexto, bem como, da articulação entre diferentes políticas em diferentes esferas.

Por parte do Gestor da área da saúde também se constatou uma crítica à formação dos profissionais que atuam no âmbito da política de

saúde: “Outra questão decorrente principalmente da dificuldade de ter profissionais [...] que estejam comprometidos realmente, que tenham uma formação voltada para a cidadania, para trabalhar o foco no ser humano, seja ele individual ou coletivamente”. Essas deficiências remetem a uma análise mais ampla que contempla o importante papel da Universidade na formação integral (profissional e cidadã) versus a perspectiva de Estado e sociedade civil que a compreende. Nem sempre as instituições formativas possibilitam uma formação integral de cunho crítico, haja vista que, muitas vezes, são revestidas dos mesmos traços conservadores que imbuem a concepção de Estado, sociedade civil, políticas sociais, no cerne da lógica neoliberal. Neste aspecto, vale atentar para a afirmação de Neves e Sant’Anna (2005, p. 29):

Sendo o Estado capitalista um Estado de classes, tende a organizar a escola em todos os níveis e modalidades de ensino, conforme a concepção de mundo da classe dominante e dirigente, embora, contraditoriamente, dependendo do grau de difusão da pedagogia da contra-hegemonia na sociedade civil, a mesma escola esteja permeável à influência de outros projetos político-pedagógicos.

Além disso, é importante recuperar que a questão dos recursos humanos sempre se apresentou como preocupante desde as etapas iniciais da implantação do SUS, como também, o quantitativo pequeno de profissionais formados, especialmente no âmbito dos municípios. Tal preocupação agravou-se com medidas adotadas pelos governos de Collor e FHC, voltadas à contenção dos gastos, caracterizando, conforme descreve Nogueira (2006, p. 148), como “um processo tumultuado de desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado”. Ainda de acordo com o autor, no governo Collor, em específico, foi instaurado no Brasil “um clima político e ideológico desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, o que seria uma condição indispensável ao cumprimento da missão do SUS nas esferas estaduais e municipais”. No governo FHC, a “reforma” do Estado estabeleceu novas normas jurídicas para o trabalho no setor público, determinando novos formatos às instituições as quais o Estado poderia se associar, implicando na precarização do trabalho a partir da inserção de mecanismos de flexibilização das relações e obstaculização estabilidade.

No que concerne à avaliação tecida pelos parceiros da política de saúde no que condiz à relação entre Estado e sociedade civil na

execução das políticas sociais, esta se centra na efetividade do repasse dos recursos demandados frente aos atendimentos efetivados:

A gente aqui tem uma parceria muito boa; a gente é bem atendido quanto ao SUS, quanto ao que precisa para os nossos pacientes. Questão também de remuneração, quando estoura, porque a gente tem um teto financeiro que vem para Chapecó e, se caso extrapolar esse teto, a responsabilidade é do município, que a gente é sistema pleno, é o município, não é o Estado [...]. E a Prefeitura tem pagado essas diferenças; não tem deixado acumular. Anos atrás a gente tinha problema de dívida, porque estourava o teto. Não repassavam a diferença do que extrapolava, do que vinha de Brasília, daí para nós era complicado, porque teve vezes que a gente tinha um baita de um valor para receber, então é difícil porque a gente tem que pagar nossas obrigações. Mas de uns 6 anos pra cá, a coisa melhorou bastante e a gente não tem tido problema e acredito que eles também, porque a gente procura prestar um serviço de qualidade; não tem diferenciação porque é SUS, porque é convênio (Parceiro A – Política de Saúde).

Os parceiros da política de saúde, além de tecerem uma avaliação positiva a respeito da efetividade do repasse dos recursos demandados frente aos atendimentos efetivados, também a fazem em relação à estabilidade no repasse de serviços que possui uma frequência já definida, colocando-os numa situação “confortável”, conforme pode ser verificado no depoimento abaixo:

Nós costumamos brincar que em Chapecó o grande concorrente que nós temos, enquanto profissionais liberais, é o serviço público. Concorrente visto com bons olhos, visto de forma boa, não é negativo, não é que eu ache que seja ruim ter isso, é bom isso; isso é um elogio e grande ao serviço público. Eu desconheço outras cidades que hoje prestam o que Chapecó presta. O pessoal tem atendimento em todas as áreas. Raros são os procedimentos que não tem, porque não tem infra-estrutura aqui. Tudo se procura a Secretaria que procura atender. A nossa relação com eles é ótima. Hoje, deve ser algo em torno de 600 atendimentos por mês que tem em oftalmologia. Aí os outros colegas atendem. Não

sou eu que atendo. São oito ou nove que atendem. E eu tenho a minha cota [...]. É a cota que tem de atendimento mensal hoje. E isso é mês a mês, é prestado independente de qualquer situação, todo o mês eles agendam. O pessoal é atendido. Nós apresentamos a contrapartida; nos pagam direitinho; não tenho nenhuma reclamação (Parceiro B – Política de Saúde).

O Estado, em síntese, é o garantidor da prestação privada de serviços e, além disso, um pagador exemplar. Tem-se implícito, neste contexto, a disputa pelo fundo público e a quem ele se destina, ou seja, de que forma é utilizado para atender às demandas da classe trabalhadora ou os interesses da acumulação do capital. Nessa direção, a expansão dos gastos privados é, efetivamente, uma ameaça constante à universalização das políticas sociais (SALVADOR, 2010).

O atendimento via estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada e organizações não-mercantis foi considerado menos oneroso aos cofres públicos pelo Parceiro C da política de saúde. Tal perspectiva também foi citada como mais efetiva:

Além de ser uma parceria, é um benefício muito grande para a sociedade, porque o custo que o Estado tem com esse tipo de atendimento é bem inferior do que um hospital público. Além do mais, a resposta que se tem, a resolutividade é muito grande. Nós podemos comparar o nosso hospital com outros hospitais de Florianópolis, onde se gasta muito mais para se ter uma estrutura, no entanto a produção é bem menor. Nós tínhamos, em 2005, em média 700, 800 cirurgias/mês e hoje já estamos em 1.200 cirurgias/mês, praticamente com a mesma estrutura. Então há um racionamento dos recursos, um aproveitamento maior dos recursos, todo um trabalho; existe um envolvimento do médico, do funcionário, porque ele realmente veste a camisa, ele sua a camisa e faz o melhor. Então o trabalho constante que a gente realiza aqui na questão da educação permanente, de treinar; nós temos determinadas horas por mês que tem que ser aplicada em treinamento. São reuniões mensais com todas as chefias, reuniões internas com cada setor que são feitas. Existe um trabalho muito grande no sentido de envolver, de comprometer o funcionário. Acho que esse é o grande diferencial,

de cuidar, de zelar pelas coisas. Aquele patrimônio é de cada um, é das pessoas que trabalham, é de quem precisa do hospital. Então, acho que o grande diferencial, quando é público, as pessoas se acomodam, não tem aquele comprometimento, precisa muito mais gente para fazer a mesma coisa que se faz aqui. Não temos a menor dúvida e isso é só fazer um comparativo: compara os hospitais, vê o aspecto físico de cada um, vê o que tem e o que não tem, quantos funcionários têm, quantos médicos têm, quantas pessoas atendem. Fica bem claro que esse é um modelo que todos deveriam aplicar e com certeza o Estado investe muito menos e o resultado vem maior (Parceiro C – Política de Saúde).

O depoimento acima expressa a racionalidade hegemônica no âmbito da política de saúde com ênfase ao projeto do SUS privatista em detrimento do projeto de um sistema universalista. Prevaecem fundamentos que, conforme Soares (2010, p. 340), “reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês”. Problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, implementando o discurso justificador das parcerias público-privadas na gestão da saúde, criando possibilidades concretas de usufruto direto do fundo público pela lógica privada. Ainda de acordo com a autora, a pactuação e consensualização, a contratualização de metas, a participação concebida de forma colaboracionista e solidária estão entre os novos modelos e instrumentos defendidos para a gestão da política de saúde, os quais configuram-se como um dos eixos da contrarreforma do Estado presentes em seu cerne.

Evidencia-se a clara e recorrente ideologia repassada de forma perversa pelo neoliberalismo: tudo o que advém do Estado é ineficiente e ineficaz e, portanto, a iniciativa privada oferece melhores condições para atuar em diferentes esferas da vida social. A contrarreforma do Estado foi eficaz na construção de “um consenso sobre a gestão pública ineficiente, a necessidade de sua descentralização [...], a fim de proteger a cidadania de garantir os direitos fundamentais”. Além disso, cristalizou-se “uma cultura antiestado, que cimenta a necessidade de privatizar bens e serviços de natureza pública, apropriados por empresas privadas como fontes de novos lucros” (SIMIONATTO, 2003, p. 280-281). Tudo isso, evidentemente, conta com o apoio das agências de cooperação internacional, sobretudo o BM, nas suas estratégias de racionalizar os investimentos na esfera pública e fortalecer as ações no

campo privado como condição para a aprovação de empréstimos aos governos nacionais. Essa lógica vem, gradativamente, sendo incorporada no lócus do município, conforme as próprias diretrizes governamentais.

No que se refere à avaliação da gestão compartilhada entre Estado e sociedade civil (organizações públicas não-estatais e privadas) no âmbito dessa área, o Gestor da assistência social avalia que “os resultados são bastante satisfatórios”. Segundo ele, a busca da rede permite que as ações sejam realizadas de forma mais efetiva:

[...] Nós temos aí, com a participação das entidades, da rede, toda a rede, temos caminhado com um grau de resposta satisfatório, em relação à intervenção realizada [...]. Ainda temos desafios e muitas situações a resolver, porque, muitas vezes, a gente não pode ser ingênua; às vezes a gente resolve um problema no centro da cidade, mas, numa cidade que cresce como Chapecó, às vezes o problema sai do centro e vai para um Bairro, vai para o centro de um Bairro. E a gente tem que olhar mais longe. Então isso nós estamos fazendo [...]. Nós trabalhamos muito com números; uma relação de investimentos. Por exemplo, nós tínhamos, em alguns momentos, um número muito grande de crianças abrigadas, abrigo institucional. O que foi preciso? Fazer um trabalho mais forte com o Ministério Público no sentido tanto da questão da responsabilização das famílias, como do próprio processo de adoção. E ampliamos para outras alternativas: famílias acolhedoras, casas lares, para que a gente pudesse então desafogar um serviço, a exemplo de um abrigo municipal, cujo investimento, a gente tem ideia, um investimento alto para cada criança abrigada. Então, existe muito essa análise, existe esse pensar. E a gente, no dia a dia, eu também atuei muito no setor privado. Eu tenho uma experiência profissional de setor privado. E, eu acho que isso nos ajuda muito como técnicos, quando a gente se preocupa em fazer contas e gosta de números. [...] Muito mais do que trabalhar a subjetividade que, inclusive, tem um lado cansativo, é ver realmente... trabalhar e ver... fazer uma leitura objetiva. Quer dizer, resultados efetivos! Quanto é investido? Qual foi o alcance?

Quer dizer, o que tínhamos como número inicial de meta e o que foi atingido? Quais são os desafios? Então essa objetividade; realmente saber quando custa, não custa na ótica da despesa; aquela análise, eu diria assim, descomprometida. Realmente uma análise comprometida! Qual é o investimento hoje? Qual é o custo social de uma criança abrigada? E fazendo esta leitura, eu consigo ver qual é o custo social da desagregação familiar; quanto custa uma família desagregada e dois ou três filhos que o Poder Público tem que absorver na rede institucional. Então, é assim: é medindo. [...] Então, dentro dos números, da dimensão do nosso trabalho da FASC e para isso, nós temos hoje na nossa estrutura as gerências; cada uma cuidando com mais atenção desta parte [...] (Gestor Assistência Social).

Pode-se observar que, no fragmento de entrevista acima, ocorre uma ênfase na importância da redução de gastos e dos custos gerados pelas demandas sociais ao Estado. As Gerências são citadas como meio importante para a gestão do orçamento de forma eficiente e eficaz. O que remete à configuração de Estado que não pode ser nem mínimo, nem máximo, mas precisamente um Estado forte, “gerencial” ou “necessário”, em que sua função é “administrar os riscos sociais, financeiros e ambientais; induzir o desenvolvimento econômico; organizar uma ‘sociedade do bem-estar’ (a sociedade civil ativa) e produzir uma nova sociabilidade comprometida com a renovação da cultura cívica da sociedade, a partir de uma arena social e política mais ampla” (MARTINS et al., 2010, p. 143). Ou seja, um Estado presente, porém, racional em termos de gastos sociais; mais administrador e menos executor; parceiro na construção de uma sociabilidade do consenso entre direita e esquerda; “remodelado em suas funções e em sua arquitetura, visando a aumentar a transparência de suas ações, a qualidade e a produtividade de seus serviços, de maneira ágil e flexível como é o mercado” (MARTINS et al., 2010, p. 143). É a “reforma” da aparelhagem estatal que, juntamente à reforma política, legal e jurídica, está voltada à eficiência administrativa. A visão tecnicista da relação custo-benefício, tão cara ao BM, representa também, a la Durkheim, a negação da subjetividade em nome da quantidade e do que é possível provar objetivamente como necessário. O pragmatismo ganha relevo no gerenciamento das demandas e na delimitação da população a ser atingida pelos programas sociais, ou ainda, em relação aos que podem

ser “incluídos”, não por suas necessidades, mas pelo custo que podem significar aos cofres públicos. Esfuma-se aqui qualquer perspectiva vinculada aos direitos sociais duramente conquistados e assegurados na Constituição Cidadã, à medida que é a lógica do mercado que prevalece na execução da política social. As demandas e necessidades sociais são reduzidas a uma questão de natureza técnica, o que implica consequências tanto no que se refere à formulação de políticas públicas, quanto à ampliação e consolidação de processos democráticos (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Retornando ao contexto de Chapecó, para o Técnico da política de assistência social entrevistado, o Estado não tem a possibilidade de atender às demandas que lhe são pertinentes sem a participação da sociedade civil, cuja relação, em âmbito local, ocorre há um tempo avaliado como significativo, o que reafirma um discurso construído na perspectiva da lógica acima exposta.

Eu vou falar do ponto de vista da política, que eu acho fundamental, porque em algumas situações a gente não conseguiria dar conta de toda a demanda que tem para atender. Então, essas entidades são muito importantes na execução da política e nós temos entidades que estão há muitos anos já na execução desses serviços, já tem ai uma caminhada bem grande, uma experiência muito grande com o trabalho. E a gente tem uma facilidade muito grande de diálogo com elas; é muito acessível à adequação, às mudanças [...] (Técnico – Assistência Social).

Todavia, de acordo com avaliação do Parceiro A da política de assistência social, a gestão compartilhada entre Estado e sociedade civil no âmbito desta política deveria ser mais enfática, por meio da disponibilização de estrutura mais ampla, contempladora da assessoria aos funcionários da organização, no caso prestadora de serviços à pessoa idosa:

O que a gente pede, gostaria que tivesse mais atendimento, mas eles sempre dizem que não tem. Através dos profissionais, mais psicólogos para os funcionários, mais profissionais. Desde que eu venho aqui, a gente está pedindo que precisa psicólogos para os funcionários; para os vós (idosos) também, mas os vós (idosos) não têm retorno. Agora para os funcionários seria muito bom uma psicóloga. Porque aqui é assim: para o idoso você fala hoje; amanhã você tem que falar

de novo, falar de novo; uma vez com paciência, outra vez você faz de conta que não escuta, porque ele já repetiu tantas vezes que você está cansado de escutar, mas amanhã é tudo... começa tudo de novo. As pessoas que vêm aqui também têm problemas em casa. E aqui tem que ter muita paciência, muita alegria no coração. E tem que começar todos os dias tudo de novo (Parceiro A – Política de Assistência Social).

Neste contexto, pode-se observar que as parcerias estabelecidas pelo Estado com a sociedade civil não são garantidoras da prestação de serviços com qualidade, haja vista a complexidade das limitações existentes no âmbito das organizações e da própria perspectiva da parceria, concretamente restrita e precarizada. Ou seja, ocorre a prestação de serviços pelas organizações mediante a concessão de subsídios pelo Estado que, por vezes, é limitada. Desta forma, o Estado acaba por não efetivar os serviços que lhe competem para a consolidação das políticas sociais e também não consegue gerenciar a execução de tais serviços, de forma qualificada, por meio das parcerias estabelecidas com organizações públicas não-estatais e iniciativa privada. Destarte, aqui vale indagar: seria o Estado também o responsável pela qualificação dos profissionais contratados pelas organizações da esfera não-estatal? Isso tem sido disseminado e tem fortalecido a lógica de despolitização da sociedade civil e do próprio Estado.

O Parceiro B da política de assistência social ressaltou a necessidade do trabalho conjunto de diversas organizações e esferas, na perspectiva de rede, contando com uma sociedade civil com caráter gerencial, conforme já abordado neste trabalho:

Acho que parceria é justamente isso; a gente estar somando; cada um fazendo a sua parte, sempre ajudando, que tem situações que depende de nós, da Prefeitura, do Fórum e não sei de quem, do médico, do hospital. São vários que têm que estar entrando junto para resolver a mesma situação. E somando forças, fica muito mais fácil de resolver (Parceiro B – Política de Assistência Social).

O Parceiro C da política de assistência social expôs acerca da necessidade de estabelecimento de parcerias devido à natureza da organização, no caso, sem fins lucrativos:

O resultado sempre é bem-vindo, sempre é bom, porque é uma ajuda. Como a casa sem fins lucrativos, a gente precisa destes parceiros,

inclusive, não só da FASC, da parte do município, mas também das empresas de Chapecó, que nos ajudam bastante com doações. Por exemplo, a Sadia doa carne para nós, sessenta quilos de carne por mês. Tem várias empresas que nos apoiam nesse lado. Então isso aí é muito bom, senão a gente não poderia levar à frente isso aqui, porque a maioria dos internos que temos são pessoas carentes, que não têm como contribuir com a casa (Parceiro C – Política de Assistência Social).

Cabe lembrar que as doações por parte das empresas também se constituem como um grande negócio às mesmas, já que, com a renúncia fiscal prevista em lei, cria-se a cultura dos co-participantes das causas sociais como estratégia de marketing que mais beneficia o empresariado do que as organizações que recebem ajudas pontuais.

Deste modo, analisando as avaliações efetivadas por gestores, técnicos e parceiros das políticas de saúde e de assistência social, ficou evidente a importância remetida ao compartilhamento da responsabilidade na gestão e execução de tais políticas com a sociedade civil, aqui entendida como as organizações da esfera pública não-estatal e da iniciativa privada, voltada à perspectiva gerencial e substitutiva ao Estado. Os limites institucionais do Estado colocados pelos entrevistados integram um discurso construído e disseminado no contexto das transformações societárias da crise geral do capital e do correspondente ideário neoliberal em que o Estado deixa de ser o responsável direto pela execução das políticas sociais, repassando parte de sua responsabilidade para a sociedade civil, por meio das denominadas organizações públicas não-estatais e da iniciativa privada. Vale destacar como resultantes desse ideário a interferência na legislação e a concepção de estruturas regulatórias que privilegiam interesses específicos.

O campo de disputa nas relações entre Estado e sociedade civil articula-se no município de Chapecó na polarização entre esfera pública e esfera mercantil. Conforme assevera Sader (2009, p. 147), “o pólo oposto à esfera mercantil é a esfera pública [...] construída em torno dos direitos” e da sua crescente universalização. Re-fundar o Estado em torno da esfera pública requer o fortalecimento da participação da sociedade civil, não na perspectiva do terceiro setor acrítico e amorfo, mas como espaço de disputa de interesses de classe contraditórios e não homogêneos. Essa perspectiva, contudo, através da pesquisa realizada, parece afastar-se cada vez mais do horizonte delineado para o município de Chapecó, no que concerne às políticas de saúde e assistência social.

A sociedade civil é cada vez mais entendida e assimilada na perspectiva da “reforma” do Estado, ou seja, como substitutiva de funções públicas, especialmente no campo das políticas sociais. A sociedade civil manifesta-se aqui como um conjunto de organizações identificadas com o terceiro setor e desqualificada no seu decisivo papel de controlar e de democratizar o Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objeto de pesquisa os desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no contexto atual das políticas sociais, tendo como terreno empírico as políticas de saúde e assistência social no município de Chapecó – localizado na região Oeste de Santa Catarina (SC), cuja abrangência possui grande influência sobre uma significativa gama de municípios do interior deste estado. Os eixos destacados foram: o desenho institucional marcante no âmbito da gestão das políticas em análise e a perspectiva de sua gestão e execução com a participação da sociedade civil, a partir da concepção presente no projeto de “reforma” do Estado, ou seja, como esfera pública não-estatal e privada.

Neste sentido, vale retomar que a “reforma” do Estado brasileiro, anunciada no governo Collor de Mello, mas elaborada e implementada em meados da década de 1990, no governo FHC, decorre de um cenário mais amplo, desencadeado mundialmente a partir dos anos de 1970, diante da crise geral do capital. Sendo assim, os indicativos direcionados a “reformular” o Estado estiveram diretamente vinculados aos interesses neoliberais de reestruturação do capital, sendo vocalizados, de forma enfática, pelos organismos internacionais, sobretudo o BM e o FMI, e com especial direção aos países de capitalismo periférico por eles subsidiados. Neste cenário, os Estados nacionais deveriam reduzir custos, mediante a ideia de aumentar sua governabilidade e sua governança, privatizando, descentralizando e terceirizando. Seria garantido, desta feita, um importante nicho lucrativo ao mercado – aquele relacionado a atividades que foram consideradas pelas elaborações reformistas como não-exclusivas do Estado, salientando-se aqui as políticas sociais e serviços públicos. Estas deveriam contar não somente com a atuação do Estado, mas também da sociedade civil e do mercado.

A perspectiva de sociedade civil como conjunto de organizações, produtoras de bens e serviços sociais, sem fins lucrativos e regidas pelo direito privado, assume papel de destaque na arena pública e na execução de funções antes de responsabilidade do Estado. Esta nova relação Estado-sociedade, a partir da constituição da esfera pública não-estatal, passou a ser incorporada como a única saída para a atuação das sociedades face ao desemprego estrutural, o déficit público e o gasto estatal. Tal perspectiva atingiu o conjunto das instituições e ações públicas, desvalorizando o Estado perante a sociedade e

supervalorizando a sociedade civil reduzida à parceira e colaboradora efetiva do Poder Público.

Integrante da estratégia neoliberal de reestruturação do capital, essa proposta encontrou terreno fértil na realidade brasileira, sendo incorporada ao projeto de “reforma” do Estado, tratada como esfera pública entre o Estado e o mercado. Se no governo de FHC esta proposta se materializou em âmbito federal, desde o governo Lula os seus desdobramentos vêm largamente sendo incorporados nas esferas municipais, mediante inúmeras ações e mecanismos, conforme se evidenciou nesta investigação.

No município de Chapecó, verificou-se que o desenho institucional na gestão das políticas sociais foi sendo alterado tendo em vista as mudanças previstas a partir do projeto de “reforma” do Estado, tratado em seu caráter administrativo, porém, inserido num ideário com interesses de cunho mais amplo. A questão central neste ponto refere-se à inserção da perspectiva gerencial no âmbito da gestão das políticas sociais justificando a demanda pela redução de um Estado considerado “pesado” e inoperante. Todavia, conforme já mencionado, a lógica presente esteve diretamente vinculada às orientações dos organismos internacionais com relação à redução do campo de atuação estatal visando garantir a atuação do mercado em áreas consideradas lucrativas. Tem-se aqui, claramente, um Estado que submete a sua dimensão pública à esfera dos interesses privados.

Dadas as particularidades das gestões políticas do município de Chapecó – *locus* da pesquisa, analisou-se que, temporalmente, o projeto de “reforma” do Estado brasileiro já tecia suas implicações na gestão e execução das políticas de saúde e de assistência social do município de Chapecó no período de 1997 a 2004. Contudo, foi constatado que sua ênfase maior ocorreu justamente no período seguinte, 2005 a 2010, haja vista que processos de privatização, terceirização e publicização foram marcadamente inseridos e fortalecidos – denotando incidências dos projetos e da perspectiva ideo-política dos partidos na forma de gestão do público.

No período de 1997 a 2004, constatou-se a importância remetida ao planejamento das ações no âmbito da gestão e execução da política por meio de reuniões e encontros da equipe gestora e trabalhadores. Da mesma forma, um esforço pelo fortalecimento de espaços democráticos por meio da implementação do Orçamento Participativo, do fortalecimento dos conselhos e conferências Municipais e da criação de conselhos e fóruns locais. E, neste sentido, averiguou-se um empenho em garantir direitos como da saúde em sua perspectiva

universal com ampla participação da sociedade civil a partir da sua inserção nos espaços de controle social. Destaca-se o esforço desta gestão na concretização da perspectiva democrática delineada em 1988, ou seja, ainda não permeada pelas orientações conservadoras do governo federal que reduzia a participação da sociedade civil às organizações públicas não-estatais e privadas, na execução direta das políticas sociais, como repercussão da contrarreforma do Estado brasileiro.

No período de 1997 a 2004, diferentemente do período de 2005 a 2010, o desenho institucional que orientava a gestão e execução das políticas de saúde e assistência social não tinha em sua base a estrutura de gerências, mas uma organização mais horizontalizada e articulada, que buscava priorizar uma perspectiva de gestão democrática. A partir de 2009, a gestão das políticas em questão passou a contar com gerências, introduzindo na gestão pública mecanismos e preceitos do mercado, na intencionalidade de reduzir custos, maximizar a eficiência do Estado, tendo em vista a necessidade de promover a chamada “accountability”, a “governança” e a “governabilidade”.

A justificativa pautou-se na busca de maior eficiência e eficácia da gestão pública, estando em convergência aos preceitos da contrarreforma do Estado. O que se pode observar é que a lógica de gestão gerencial implementada no âmbito da esfera pública municipal sobrevaloriza a técnica em relação à política, afastando-se da perspectiva de gestão de cunho democrático. Nesta modalidade, tem prioridade a avaliação da relação custo-benefício inerente ao atendimento das demandas sociais mediante uma racionalidade contábil, que considera o impacto orçamentário e a rentabilidade. Evidenciou-se o aperfeiçoamento do aparato burocrático e político do Estado, todavia, no sentido restrito da política.

Também é imprescindível fazer menção à mudança específica ocorrida no desenho institucional da política de assistência social no município de Chapecó. Desde 2005, o órgão gestor da referida política deixou de ser denominado Secretaria de Assistência Social, passando a ser chamado Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC) e a integrar a administração indireta do município. Assim, a mudança antecipou-se ao Projeto Fundações Estatais proposto em nível federal, no entanto, já sendo integrado por seus preceitos, a exemplo da flexibilização das formas de contratação, conduzindo à precarização do trabalho e dos serviços, e à desobrigação/desresponsabilização do Estado frente ao financiamento dos serviços inerentes à política. Neste âmbito, a investigação empreendida averiguou a tentativa de redirecionamento da política em análise, haja vista que, em tempos de SUAS, preceitos

voltados ao desenvolvimento da política de assistência social em seus primórdios puderam ser averiguados. Isso também fica claro na criação, por exemplo, de uma diretoria encarregada das ações voluntárias no âmbito da gestão da política na esfera municipal. Tal fato reforça, segundo afirma Mota, Maranhão e Sitcovsky (2006), a proposta de um “Estado-gerente”, com limitada capacidade operacional.

Quanto à participação da sociedade civil, desde o período de 1997 a 2004, tanto serviços na área da saúde, quanto na área da assistência social já eram repassados para organizações públicas não-estatais e privadas. E, neste contexto, o Poder Público municipal já assumia um caráter reduzido aos marcos do monitoramento e fiscalização das ações exercidas pela esfera pública não-estatal e privada, estabelecendo, inclusive, departamentos específicos no âmbito da sua estrutura organizacional, voltados ao controle, avaliação e auditoria. Ficou evidente, especialmente no âmbito da gestão e execução das políticas em análise no período de 2005 a 2010, um direcionamento orientado por preceitos de privatização, focalização, descentralização e desresponsabilização do Estado, em cadência a uma política econômica que vem erodindo seu financiamento e impondo limites perversos à materialização das políticas sociais conforme premissas garantidas na Carta de 1988.

Na área da assistência social, no contexto da pesquisa, averiguou-se a descentralização de ações para a esfera pública não-estatal denotando forte tendência à refilantropização da questão social, haja vista defesas empreendidas em relação às alternativas privatistas com vinculação moral e afastadas da esfera política. A questão social é tratada como dado a ser gerenciado tecnicamente, considerando a relação custo-benefício das demandas postas, ou recorrendo às práticas da filantropia. Desta feita, a nova institucionalidade que perpassa a política de assistência social é tomada por referenciais de uma cultura patrimonialista, tecnocrática e clientelista, adensados por uma lógica conservadora e fragmentária, mediante perspectiva que esvanece os limites entre o público e o privado. Tais questões legitimam ações demandadas pelo processo de reestruturação do capital e são contributivas ao desmonte da proteção social.

Na área da saúde, a sociedade civil foi apontada por gestores, técnicos e parceiros entrevistados, no *locus* da investigação, como indispensável na efetivação de serviços inerentes às políticas sociais, por meio da desqualificação do público. Notou-se que a execução dos serviços inerentes às especialidades é repassada, quase em sua totalidade, para a iniciativa privada por meio do estabelecimento de

contratualizações diretas e indiretas, mediante prévia negociação de valores. Neste contexto, a sociedade civil vem sendo constantemente afastada da atuação no campo de lutas e oposições, sendo chamada a intervir no lugar do Estado e para garantir a atuação do mercado em áreas públicas consideradas lucrativas. A sociedade civil foi imbuída neste processo como esfera não-estatal numa perspectiva corroboracionista, travada em relação ao desenvolvimento de embates de classes. A avaliação tecida pela sociedade civil envolvida refere-se ao pagamento pelos serviços desenvolvidos, limitando-se a uma relação de mercado.

Neste sentido, vale destacar que a política de saúde no contexto brasileiro “sempre teve uma racionalidade fragmentada; em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo” (SOARES, 2010, p. 340-341), tendo imbuída a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós-1964. A superação desse projeto ocorreu através da mobilização dos trabalhadores da saúde, conjuntamente às demais organizações do movimento popular e sindical, no encaminhamento da reforma sanitária, possibilitando a inserção do SUS na Constituição de 1988 e a emergência de um novo projeto de saúde pública com caráter universal e democrático, substituindo a racionalidade instrumental e burocrática pela racionalidade político-emancipatória. Desta forma, ganharam centralidade, além das ações de assistência à saúde, também as ações de prevenção e promoção à saúde, contando com a participação social por meio do controle social. Entretanto, a contrarreforma do Estado brasileiro limitou a implementação do SUS conforme seu marco legal original, dado na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8142/1990, tendo suas incidências intensificadas no decorrer das gestões políticas nacionais.

No âmbito da investigação realizada, também se levantou os limites que cercam a interferência do Estado no âmbito da execução não-estatal dos serviços públicos, ou seja, apesar de ocorrer o repasse de recursos (financeiros, materiais, organizacionais ou humanos), o Estado (esfera municipal) não pode interferir na autonomia das instituições contratadas, que imprimem sua lógica aos serviços públicos oferecidos. Consolida-se um Estado de caráter fiscalizador, responsável pelo monitoramento das ações, mediante um controle de cunho marcadamente quantitativo, caracterizado como prestação de contas.

As características do controle do Estado sobre a participação da sociedade civil nas políticas sociais foram evidenciadas por meio da investigação de duas questões principais: primeiramente, em relação aos

marcos institucionais ou mecanismos jurídicos que respaldam o repasse de serviços à esfera pública não-estatal e privada e, em segundo lugar, em relação aos instrumentais de controle do Estado sobre as organizações participantes. No que concerne aos marcos institucionais ou mecanismos jurídicos de base, os sujeitos entrevistados apontaram para legislações nacionais existentes no âmbito do SUS e do SUAS e legislações municipais, todavia, indicaram também que, especialmente no âmbito da política de saúde – em que a relação mais enfática se dá com a iniciativa privada, o mercado tende a atuar como ente regulador. O estabelecimento de termos de convênios com a esfera pública não-estatal e de contratos com a esfera privada foram citados como mecanismos recorrentes, sendo o controle e a fiscalização sobre tais convênios ou contratos exercidos por setor específico inserido no organograma das políticas em questão. Vale citar que a perspectiva do controle e fiscalização exercidos pelo Estado sobre a sociedade civil, conforme já mencionado, possui um caráter bastante restritivo, assumindo como característica a avaliação quantitativa das ações e serviços efetivados, com intencionalidade de descrever a forma como os recursos foram gastos.

No que tange à avaliação da execução compartilhada das políticas sociais entre Estado e esfera pública não-estatal e privada, tecida pelos entrevistados, pode-se destacar os seguintes elementos: perdura a existência de desafios no que concerne ao “gerenciamento” das parceiras por parte da esfera pública estatal, principalmente com relação aos serviços prestados por organizações com objetivos diversos à perspectiva das políticas, porém, estas são tratadas como necessárias a sua efetivação; os recursos orçamentários, especialmente na área da saúde, são percebidos como insuficientes para a aquisição de estrutura própria do Estado, conduzindo à “compra” de serviços da área privada; o Estado é percebido como desqualificado para o atendimento das demandas sociais.

A análise dos dados coletados possibilitou a clara visualização do repasse das funções do Estado para a sociedade civil, abarcando as perspectivas de privatização, terceirização e “publicização” defendidas no cerne do projeto de “reforma” do Estado brasileiro e, num contexto macro, pela ofensiva neoliberal e pelas premissas dos organismos internacionais. De acordo com Correia e Pinheiro (2010), a condução das políticas sociais no Governo Lula, na década de 2000, explicitou seu alinhamento com as determinações do FMI e do BM, haja vista seu estímulo ao corte dos gastos sociais, à diminuição do setor público por meio das privatizações, à introdução de meios característicos do

mercado no setor público; ao fortalecimento do gerencialismo enfatizado através da flexibilização da administração e das modalidades da contratação de funcionários; à diminuição de mecanismos de contratualização entre governos e instituições públicas, rebatendo em ações focalizadas e assistencialistas.

Tem-se, desta maneira, uma lógica perversa para as políticas sociais, movidas pelo interesse privado de grupos e segmentos sociais, reforçando a focalização e a seletividade segundo os critérios estabelecidos pelos mantenedores. Além disso, ocorre uma "progressiva mercantilização do atendimento às necessidades sociais decorrente da privatização das políticas sociais" (IAMAMOTO, 2007, p.206). Os serviços oferecidos pelo Estado "deixam de expressar direitos", convertendo-se em mercadorias adquiridas no mercado por aqueles que podem pagar. A mesma lógica perversa atravessa a sociedade civil, que vem sendo gradativamente destituída de sua perspectiva crítica e fundante de novas hegemonias; é sim, neste contexto, uma sociedade pró-ativa, em favor do capital, que a isola e a mantém em seu campo de visão para utilizá-la na consolidação de seus interesses. Estado, sociedade civil e políticas sociais caminham, assim, na contracorrente de um projeto político de ampliação de cidadania, de um Estado forte para as classes subalternas e de uma sociedade civil portadora de novas hegemonias.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Hospitais estaduais atenderão planos e particulares:** Lei aprovada pelos deputados paulistas permite o atendimento em instituições terceirizadas para Organizações Sociais (OS). Disponível em: http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20101223/not_imp_657260,0.php. Visitado em: 19 fev. 2011.

ANDRADE, Iraci de; SEABRA, Nuely Fátima. Assistência Social: construindo inclusão social e cidadania. In: UCZAI, Pedro Francisco; SIGNORI, Andréia Aparecida; BOSENBECKER, Luciane (Orgs.). **Chapecó: uma cidade transformada**. Chapecó: Prefeitura Municipal de Chapecó, 2004, p. 221-247.

AVRITZER, Leonardo. O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico. In: Edição para Curso de Formação Avançada: **Os orçamentos participativos na Europa: uma apresentação não convencional**. Coimbra (Portugal): CES (Centro de Estudos Sociais); CEFA (Centro de Estudos de Formação Autárquica), 2007. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/curso-op/materiais/14_leonardo_avritzer.pdf. Visitado em: 28 fev. 2011.

BANCO MUNDIAL. **Diretrizes para aquisições no âmbito de empréstimos do BIRD e créditos da AID**. Washington. D.C., 1997.

BANCO MUNDIAL. **Salud**: documento de política sectorial. Washington. D.C., 1975.

BARBOSA, Rosangela Nair de Carvalho. Gestão: Planejamento e Administração, **Temporalis**, Ano 4, n. 8, Porto Alegre: ABEPSS, jul./dez. 2004, p. 51-76.

BARRETO, Maria Inês. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 107-150.

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

BEHRING, Elaine Rossetti. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 69-86.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social: notas sobre o presente e o futuro. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Política Social:** alternativas ao neoliberalismo. Brasília: UnB, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004, p. 161-180.

BEHRING, Elaine Rossetti. Trabalho e seguridade social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Orgs.). **Trabalho e seguridade social:** percursos e dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSSUERJ, 2008, p.152-174.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. 5 ed., São Paulo: Cortez, 2008 (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2).

BRASIL. **Chapecó**. Lei Complementar nº 229/2005. Cria a Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC), e dá outras providências.

BRASIL. **Chapecó.** Lei Complementar nº 339, de 02 de março de 2009. Dispõe sobre a organização administrativa do Poder Executivo Municipal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/989527/lei-complementar-339-09-chapeco-0>. Visitado em: 10 abr. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/decretos/decr4726.pdf>. Visitado em: 10 abr. 2011.

BRASIL. **Presidência da República.** 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Visitado em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Presidência da República.** Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Visitado em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Presidência da República.** Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSERH e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm. Visitado em: 18 fev. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Visitado em: 03 mar. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Visitado em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Visitado em: 03 mar. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Resolução nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Visitado em: 03 mar. 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema Nacional de Auditoria. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/>. Visitado em: 23 jan. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], vol.12, n. 2, 2007, p. 301-306.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. Trad. Silvana Finzi Foá, São Paulo: Xamã, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL. 27 de junho a 1 de julho de 2010, Brasília, **Relatório Final**, Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Saúde no contexto da crise contemporânea do Capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na Política de Saúde brasileira. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. **Temporalis**, Revista da ABEPSS, Ano VII, n. 13, São Luiz, Jan.-Jun. 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa; PINHEIRO, Manuella Aragão. As transformações no Partido dos Trabalhadores e no Governo Lula: a configuração das políticas sociais. In: XII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2010, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), 06 a 10 de dezembro de 2010 (ISBN 978-85-89252-09-6).

CORREIA, Maria Valéria Costa; PINHEIRO, Manuella Aragão; SILVA, Núbia Lemos da. As recomendações do Banco Mundial na Política de Saúde: um enfoque ao Projeto de Fundações Estatais de Direito Privado. In: XII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2010, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), 06 a 10 de dezembro de 2010 (ISBN 978-85-89252-09-6).

COSTA, Lúcia Cortes da. **Os impasses do Estado Capitalista**: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. São Paulo: Cortez/Ponta Grossa: UEPG, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], vol. 14, n. 3, 2009, p. 693-706.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, Rio de Janeiro, 2000.

COUTINHO, Carlos Néilson. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. 2 ed. rev. e atual., São Paulo: Cortez, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Democracia e socialismo**, São Paulo: Cortez, 1992 (Coleção Polêmicas do nosso tempo).

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci**: em estudo sobre seu pensamento político, Rio de Janeiro: Campus, 1989.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Intervenções**: o marxismo na batalha das idéias, São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. Conclusão final: contradições do SUAS na realidade brasileira em movimento. In: COUTO, Berenice Rojas et. al. (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010, p. 260-268.

DAGNINO, Evelina. Cultura, cidadania e democracia – a transformação dos discursos e das práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**: novas leituras. Belo Horizonte: UFMG, 2000, p. 61-102.

DARZE, Jorge. Modelo de Gestão para o Hospital Ronaldo Gazola e a Proposta de Fundação “Estatal” de direito privado – grave retrocesso. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al (Orgs.). **Política de Saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde, 2 ed., Rio de Janeiro: Rede Sirius-Adufrij-SSind, 2008, p. 36-39.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

DERENGOWSKI, M. da G. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. In: **REGULAÇÃO E SAÚDE: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**, 2004, v. 3, p. 65-91.

DIEESE – CUT Nacional. **O Projeto de Fundação Estatal: Resumo e Comentários (Texto preliminar)**. São Paulo: DIEESE – CUT, 2007.

DRAIBE, Sônia M.. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, n. 17, São Paulo, Edusp, 1993.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**, São Paulo: Cortez, 2007.

FAGNANI, Eduardo. **Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP, 2005 (Tese de Doutorado).

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. 2 ed., São Paulo: Cortez, 2010.

FALLEIROS, Ialê; PRONKO, Marcela Alejandra; OLIVEIRA, Maria Tereza Cavalcanti de. Fundamentos históricos da formação/atuação dos intelectuais da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil**, São Paulo: Xamã, 2010.

FILGUEIRAS, Luiz; GONÇALVES, Reinaldo. **A economia política do Governo Lula**, Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.

FONTES, Virgínia. **Sociedade civil, classes sociais e conversão mercantil-filantrópica**, OSAL/CLACSO, Buenos Aires/Argentina, ano VI, n. 19, Jul. 2006. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal19/42Fontes.pdf>. Visitado em: 17 abr. 2011.

FRANCO et al. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**, São Paulo: Hucitec, 2004, 326 p.

GARRISON, J. W. **Do confronto à colaboração: relações entre a sociedade civil, o governo e o Banco Mundial no Brasil**. Brasília: Banco Mundial, 2000.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere**, vol. 3, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al (Orgs.). **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**, 2 ed., Rio de Janeiro: Rede Sirius-Adufjrj-SSind, 2008, p. 36-39.

GRANEMANN, Sara. Políticas Sociais e Serviço Social. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Serviço Social e Políticas Sociais**, 2. ed., Rio de Janeiro: UFRJ, 2008, p. 11-24.

GRANEMANN, Sara. **Seminário acerca do Impacto das Os's nos Serviços Públicos**, Florianópolis: Sindicato dos Trabalhadores em estabelecimentos de Serviços de Saúde Privado e Público Estadual (SindSaúde/SC); Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência

do Serviço Público Federal no Estado de Santa Catarina (SindprevsSC), 28 mar. 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo, **Temporalis**, Brasília, ABEPSS/Grafline, ano II, n. 3, jan./jun. 2001, p. 9-33.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social, São Paulo: Cortez, 2007.

IANNI, Octavio. **Dialética e capitalismo**. 3 ed. (revista e aumentada), Petrópolis: Vozes, 1988.

IBGE CIDADES: **Chapecó/SC**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> . Visitado em: 19 set. 2010.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 3 ed., 1981 (Coleção Primeiros Passos).

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**, 2 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRÜGER, Tânia Regina (coord.). **Relatório de Pesquisa Estudos avaliativos de Conferências de Saúde**: a inclusão das suas proposições na agenda das políticas de saúde (Santa Catarina). Florianópolis: UFSC, 2010, 111 p..

LEHER, Roberto. Prefácio: Uma penetrante perspectiva teórica para compreender como dominantes dominam. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **Direita para o social e esquerda para o capital**:

intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil, São Paulo: Xamã, 2010, p. 11-18.

MACHADO, Suelen Borges. **Contrarreforma da educação superior: UNIRIO e o empresariamento do ensino nas IFES**, Revista de Políticas Sociais, São Luís/MA, Número Especial, Ago/2010, p.333-339.

MARTINS, André Silva et al. Fundamentos teóricos da formação/atuação dos intelectuais da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil**, São Paulo: Xamã, 2010, p. 97-153.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da Economia Política** (1887), São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos Filosóficos** (1844), 3 ed., São Paulo: Abril Cultural, 1985 (Coleção Os Pensadores).

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política** (1867). Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. Vol. I, Livro Primeiro, Tomo 1 (O Processo de Produção do Capital), 2 ed., São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade, 22 ed., Petrópolis: Vozes, 2003, p. 09-30.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MISHRA, R. **O Estado providência na sociedade capitalista**: políticas públicas na Europa, América do Norte e Austrália. Trad. de Ana Barradas. Oeiras/Portugal: Celta Editora, 1995.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social, 5 ed., São Paulo: Cortez, 2008.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **“Terceiro Setor” e “Questão Social” na reestruturação do capital**: O canto da sereia. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

MONTAÑO, Carlos Eduardo; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**, São Paulo: Cortez, 2010.

MORALES, Carlos Antonio. Provisão de serviços sociais através de organizações públicas não-estatais: aspectos gerais. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 51-86.

MOTA, Ana Elizabete; MARANHÃO, Cezar Henrique; SITCOVSKY. O Sistema Único de Assistência Social e a formação profissional, **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 87, 2006, p. 163-177.

NAVARRO, Juan Carlos. As ONGs e a prestação de serviços sociais na América Latina: o aprendizado começou. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 87-106.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade, 22 ed., Petrópolis: Vozes, 2003, p. 51-66.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**, 2 ed., São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo. Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil. In: BOSCHETTI et al (Orgs.). **Política Social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: UnB, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004, p. 61-83.

NETTO, José Paulo. O Serviço Social e a Tradição Marxista. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 30, ano X, p. 89-102, abr. 1989.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**, São Paulo: Xamã, 2005, p. 85-125.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley; SANT'ANNA, Ronaldo. Gramsci, o Estado educador e a nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**, São Paulo: Xamã, 2005, p. 19-39.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da política: idéias para uma reforma democrática do Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. As três idéias de sociedade civil, o Estado e a politização. In: COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Andréa de Paula (Orgs.). **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 215-235.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Os direitos sociais como causas cívicas. **Saúde e Sociedade**, vol. 11, n. 1, São Paulo, Jan/Jul, 2002, p. 15-24.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a Sociedade Civil:** temas éticos e políticos da gestão democrática. 2 ed., São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Cortez, n. 87, ano XXVI, 2006, p. 147-162.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do Estado Brasileiro:** construindo uma nova agenda. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor:** a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

PAOLI, Maria Célia Pinheiro Machado; TELLES, Vera da Silva. Direitos sociais: conflitos e negociações no Brasil contemporâneo. In: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos:** novas leituras, Belo Horizonte: UFMG, 2000.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do Estado dos anos 90:** lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), v. 1, 1997, 58p.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes (Orgs.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999,

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; CUNILL GRAU, Nuria. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser;

CUNILL GRAU, Nuria (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 15-48.

PIMENTA, Aparecida Linhares (Org.). **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó**, São Paulo: Hucitec, 2000.

PINTO FILHO, Arthur. **MP-SP: Reservar vagas em hospital público para planos é inconstitucional**, Agência Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,mp-sp-reservar-vagas-em-hospital-publico-para-planos-e-inconstitucional,657120,0.htm>. Visitado em: 19 fev. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECO. **Chapecó**. Disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br/prefeitura0/>. Visitado em: 19 set. 2010.

PRZEWORSKI, Adam. **Capitalismo e social-democracia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**, São Paulo, 1998.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, Mirella Farias. **Capitalismo dependente e gasto social na América Latina: Brasil e Venezuela no século XXI**. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006.

ROVER, Oscar. O Orçamento Participativo de Chapecó e sua dimensão rural. In: **A inovação democrática: O Orçamento Participativo no Brasil**, [S.l.: s.n], 2002.

SADER, Emir. **A nova toupeira: os caminhos da esquerda latino-americana**, São Paulo: Boitempo, 2009.

SADER, Emir; GARCIA, Marco Aurélio (Orgs.). **Brasil: entre o passado e o futuro**, São Paulo: Boitempo, 2010.

SALVADOR, Evilásio. Entrevista: Redução da pobreza pode ocorrer só em estatística (por João Carlos Magalhães). **Folha de São Paulo**. São Paulo, 13 mar. 2011. Caderno Poder, p. A11.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Volume Especial, n. 104, out/dez. 2010, p. 605-631.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e a sociedade civil**, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

SERAPIONE, Mauro. Desigualdades sociais e Saúde no Brasil: o impacto das reformas do Governo Lula In: **Seminário desigualdades sociais e saúde no Brasil: o impacto das reformas do governo Lula**, Coimbra: CES (Universidade de Coimbra), 2011. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/eventos/index.php?id=3461&id_lingua=1. Visitado em: 29 mar. 2011.

SILVA, Frederico Barbosa da; JACCOUD, Luciana; BEGHIN, Nathalie. Política Social no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias. In: JACCOUD, Luciana (Orgs.) et al. **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**, IPEA: Brasília, 2005, p. 373-407.

SILVA JUNIOR, João dos Reis. A contradição público-privado e as modalidades da dimensão estatal. **Margem Esquerda**, n. 6, São Paulo, Boitempo, 2005.

SILVEIRA, Plínio Augusto Freitas. Saúde Pública em Chapecó: ousadia. In: UCZAI, Pedro Francisco; SIGNORI, Andréia Aparecida; BOSENBECKER, Luciane (Orgs.). **Chapecó: uma cidade transformada**, Chapecó: Prefeitura Municipal de Chapecó, 2004, p. 135-168.

SIMIONATTO, Ivete. A cultura do capitalismo globalizado: novos consensos e novas subalternidades. In: COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Andréa de Paula (Orgs.). **Ler Gramsci, entender a realidade**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 275-289.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 2. ed., Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 1999.

SIMIONATTO, Ivete. Razões para continuar utilizando a categoria sociedade civil. In: LUIZ, Danuta Cantoia. (Org.). **Sociedade Civil e Democracia: expressões contemporâneas**. São Paulo: Veras, 2010, p. 29-54.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**, Petropolis/RJ: Vozes, 2001.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na Política de Saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Universitária/UFPE, 2010, p. 337-382.

TEIXEIRA, Aloísio. **O ajuste impossível, seis anos depois**: uma representação, Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 2000. Mimeo.

TELLES, Vera. A “nova questão social brasileira”. **Praga – Estudos Marxistas**, n. 6, São Paulo, Hucitec, 1998.

TELLES, Vera. No fio da Navalha: entre carências e direitos: notas a propósito dos Programas de Renda Mínima no Brasil, **Revista Polis**, São Paulo, 1998.

VELASCO e CRUZ; Sebastião C.. **Estado e economia em tempo de crise**: Política industrial e transição política no Brasil nos anos 80, São Paulo/Rio de Janeiro: Unicamp/Relume Dumará, 1997.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Reforma do Estado e política social: notas à margem do tema. In: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Orgs.). **Trabalho e seguridade social**: percursos e dilemas, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSSUERJ, 2008, p. 141-151.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo**: a renovação do materialismo histórico, São Paulo: Boitempo, 2003.

YAZBEK, Maria Carmelita. A Política Social brasileira dos anos 90: a refilantropização da questão social. **Cadernos Abong**, n. 3, São Paulo, 1995.

YAZBEK, Maria Carmelita. Mudanças atuais no capitalismo e perspectivas para as políticas sociais, **Revista de Políticas Sociais**, São Luís/MA, Número Especial, Ago/2010, p. 59-65.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONOMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA I

Projeto de pesquisa: Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais.

Objetivo: Analisar os desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no atual contexto das políticas de assistência social e saúde no município de Chapecó (SC), em relação ao desenho institucional e à perspectiva da gestão/execução com a participação da sociedade civil.

Para aplicação junto a:

- Gestor da política de assistência social e Gestor da política de saúde do município de Chapecó;
- Técnico responsável pela gestão dos programas e serviços no âmbito da Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC) e técnico responsável pela gestão dos programas e serviços no âmbito da Secretaria de Saúde do município de Chapecó.

1. Como ocorre a gestão e execução da política (saúde ou assistência social)?
2. De que forma ocorre a participação da sociedade civil na gestão e execução da política (para a execução de quais serviços/programas/projetos)?
3. Quais as principais organizações da sociedade civil envolvidas?
4. Quais os marcos institucionais ou mecanismos existentes para a participação da sociedade civil?
5. Qual é o nível de participação da sociedade civil perante a totalidade dos serviços que são prestados à população no âmbito desta política?
6. Quais atividades, ações e tarefas são compartilhadas?

7. Como ocorre o financiamento inerente à execução não-estatal da política (repasse de recursos e planejamento conjunto dos objetivos? Somente concessão de subsídios sem planejamento conjunto dos objetivos? Serviço voluntário, ou seja, não ocorre o repasse de recurso ou concessão de subsídio?)?
8. De que forma ocorre o controle da prefeitura sobre a execução não-estatal da política?
9. Em termos de resultados, como avalia esse tipo de gestão (Estado-sociedade civil) no âmbito das políticas sociais?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA II

Projeto de pesquisa: Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais

Objetivo: Analisar os desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no atual contexto das políticas de assistência social e saúde no município de Chapecó (SC), em relação ao desenho institucional e à perspectiva da gestão/execução com a participação da sociedade civil.

Para aplicação junto a:

- Três técnicos responsáveis pela gestão e execução de programas e serviços parceiros da FASC e três técnicos responsáveis pela gestão e execução de serviços privados prestados à Secretaria de Saúde do município de Chapecó.

1. Como ocorre a parceria com o poder público municipal (na execução de quais serviços/programas/projetos)?
2. Em que tipo de ações ocorre mais especificamente a participação?
3. Qual a característica da participação da instituição: com financiamento, mista ou voluntária?
4. Se há repasse de recursos, como ocorre: Repasse de recursos e planejamento conjunto dos objetivos? Somente concessão de subsídios sem planejamento conjunto dos objetivos? Serviço voluntário, ou seja, não ocorre o repasse de recurso ou concessão de subsídio?
5. Quais atividades, ações e tarefas são compartilhadas?
6. De que forma ocorre o controle da prefeitura sobre as ações desenvolvidas?

7. Em termos de resultados, como avalia esse tipo de gestão (Estado-sociedade civil) no âmbito das políticas sociais?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista III



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA III

Projeto de pesquisa: Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais.

Objetivo: Analisar os desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no atual contexto das políticas de assistência social e saúde no município de Chapecó (SC), em relação ao desenho institucional e à perspectiva da gestão/execução com a participação da sociedade civil.

Para aplicação junto a:

- Gestores ou técnicos que atuaram na gestão dos programas e serviços no âmbito da política de assistência social do município de Chapecó, no período entre 1997 e 2004;
- Gestores ou técnicos que atuaram na gestão dos programas e serviços no âmbito da política de saúde do município de Chapecó, no período entre 1997 e 2004.

1. Como ocorria a gestão e execução da política (saúde ou assistência social)?
2. Ocorria a participação da sociedade civil na gestão e execução da política?
3. Se havia tal participação:
 - a. De que forma ocorria (para a execução de quais serviços/programas/projetos)?
 - b. Quais as principais organizações da sociedade civil envolvidas?
 - c. Quais eram os marcos institucionais ou mecanismos existentes para a participação da sociedade civil?

- d.** Qual era o nível de participação da sociedade civil perante a totalidade dos serviços prestados à população no âmbito desta política?
- e.** Quais atividades, ações e tarefas eram compartilhadas?
- f.** De que forma ocorria o controle da prefeitura sobre a execução não-estatal da política?

APÊNDICE D– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado/a para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido/a sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é da pesquisadora.

Título do projeto: Desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no atual contexto das políticas sociais.

Pesquisadora principal/orientanda: Edinaura Luza

Telefones para contato: (49) 9921-9496 / (48) 3224-6135 / (48) 9987-1353

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Prof. Dra. Ivete Simionatto

Telefone: (48) 3225-2604 / (48) 9989-3049.

O Objetivo desta pesquisa é analisar os desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no atual contexto das políticas de assistência social e saúde no município de Chapecó (SC), em relação ao desenho institucional e à perspectiva da gestão/execução dos serviços com a participação da sociedade civil.

A sua participação na pesquisa consiste em responder um questionário que será realizado pela pesquisadora principal, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder da pesquisadora e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____ CPF _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado/a e esclarecido/a pela pesquisadora sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome e assinatura do sujeito: _____

ANEXO A – Lei Complementar nº 339/2009: Dispõe sobre a organização do Poder Executivo Municipal de Chapecó [Art. 38 – 55 (política de saúde) e Art. 80 (política de assistência social)]

SEÇÃO V

DA SECRETARIA DE SAÚDE

Art. 38 À Secretaria de Saúde incumbe o planejamento e a gestão pública da saúde, no âmbito municipal, o desenvolvimento de políticas sociais, ambientais e econômicas, visando a redução do risco de doença e de outros agravos, em obediência à legislação vigente e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo como fundamentos básicos:

I - viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - estabelecer mecanismos para a gestão da ética, com enfoque na conformidade de conduta como instrumento de sustentabilidade e melhoria da gestão pública do Sistema Único de Saúde, bem como a sua implementação no âmbito municipal;

VII - coordenar a elaboração de propostas do Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e do Orçamento Anual da Secretaria, bem como do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão Municipal e demais instrumentos e normatizações necessárias ao planejamento municipal da saúde;

VIII - estimular a participação popular e o controle social.

Art. 39 A Secretaria de Saúde terá a seguinte estrutura:

I - Gerência de Projetos e Planejamento, vinculado ao Secretário de Saúde;

II - Secretaria de Saúde Adjunta;

III - Diretoria de Atenção à Saúde, subdividida em:

a) Gerência de Atenção Básica;

b) Gerência de Assistência Farmacêutica;

c) Gerência de Saúde Bucal;

d) Gerência de Atenção Especializada e,

e) Gerência de Vigilância em Saúde.

IV - Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, subdividida em:

- a) Gerência de Regulação e Controle;
 - b) Gerência de Autorização e Tratamento Fora de Domicílio.
- V - Diretoria Administrativa, Financeira e de Infraestrutura, subdividida em:
- a) Gerência do Trabalho e Educação na Saúde;
 - b) Gerência de Apoio Operacional.

Art. 40 Fica vinculada diretamente ao Secretário de Saúde a Gerência de Projetos e Planejamento a qual compete participar na coordenação do planejamento, organização e avaliação dos serviços e ações de saúde do município e no assessoramento técnico e elaboração de projetos, além das atribuições básicas de:

I - elaborar, acompanhar e avaliar pré-projetos/convênios entre o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e outros órgãos públicos e ou privados, com a Secretaria de Saúde;

II - participar na coordenação da elaboração e avaliação do Planejamento Estratégico Situacional, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e do Orçamento Anual da Secretaria, bem como do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão Municipal;

III - participar e assessorar tecnicamente a elaboração de projetos de ampliação física e de aquisição de equipamentos e na implantação de ações e serviços na rede municipal de saúde;

IV - coordenar o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade - Qualificação da Estratégia Saúde da Família, que utiliza a metodologia de auto-gestão ou gestão interna e instrumentos de auto-avaliação, com vistas ao desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade da saúde da família;

V - estabelecer e avaliar normas, critérios, parâmetros, indicadores e métodos para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde;

VI - manter atualizadas e alimentar as bases de dados, ações e serviços e indicadores produzidos pelo sistema de saúde municipal, além de todas as informações referentes a rede municipal de saúde, como Gerência estratégica de planejamento e projetos;

VII - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

SUBSEÇÃO I

DA SECRETARIA ADJUNTA DA SAÚDE

Art. 41 À Secretaria Adjunta da Saúde, como órgão de assessoramento, planejamento e controle junto à Secretaria, às Diretorias e às Gerências, buscando o desenvolvimento sistemático e sincronizado das ações de saúde no Município, compete, basicamente:

I - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde;

II - auxiliar no gerenciamento do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal;

III - apoiar diretamente o Secretário, auxiliando-o no exercício de suas funções e atividades, substituí-lo quando necessário e assumir atividades delegadas pelo mesmo.

SUBSEÇÃO II

DA DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 42 À Diretoria de Atenção à Saúde, órgão de assessoramento da Secretaria da Saúde, compete:

I - participar da formulação e implementação da política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;

II - planejar, orientar e avaliar as ações e serviços prestados à população nos Centros de Saúde da Família, Centros Integrados de Saúde e outros serviços e programas aprovados no Plano Municipal de saúde, em articulação com as demais instâncias da Secretaria de Saúde;

III - definir, coordenar e assessorar o sistema de redes integradas de ações e serviços de saúde;

IV - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

V - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do Sistema Único de saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

VI - promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde;

VII - participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos, indicadores e métodos que fortaleçam a qualidade e a capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, no município.

VIII - promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;

IX - contribuir para a equidade, apoiando e articulando grupos sociais que demandam políticas específicas de saúde;

X - participar na coordenação da Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do Sistema Único de Saúde, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de experiências inovadoras, produzindo subsídios para a tomada de decisões e a organização dos serviços;

XI - assumir a direção técnica, organizar, supervisionar e avaliar o atendimento e produção médica em toda a rede de serviços prestados pela Secretaria de Saúde;

XII - supervisionar e monitorar o uso de equipamentos médicos de diagnóstico;

XIII - participar na seleção e contratação dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde, em conformidade com a legislação vigente;

XIV - definir em conjunto com as demais Gerências os diferentes fluxos de referência e contra-referência para serviços básicos e de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, de acordo com a rede instalada;

XV - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 43 À Gerência de Atenção Básica compete planejar, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, incluindo as unidades próprias e as decorrentes de convênios, além das atribuições básicas de:

I - planejar, organizar, executar e controlar as ações e programas de saúde, previstos no Plano Municipal de Saúde do Município, desenvolvendo ações

preventivas, assistenciais e de promoção da saúde, dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde e do que preconiza a lei;

II - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

III - fortalecer e expandir a estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes;

V - viabilizar infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - organizar e analisar os dados de interesse das equipes locais e da gestão municipal, relativos à atenção básica, disponibilizando e divulgando os resultados obtidos;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação local;

VIII - participar da elaboração de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal, desenvolvendo mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos, com vistas à institucionalização da avaliação;

IX - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores da Atenção Básica, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território;

XII - participar na seleção e contratação dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde, em conformidade com a legislação vigente;

XIII - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 44 À Gerência de Assistência Farmacêutica compete organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de saúde que envolvam o acesso e promoção do uso racional de medicamentos, de análises clínicas e ambientais, com as atribuições básicas de:

I - planejar, coordenar, normatizar, controlar as atividades relacionadas com a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos para a saúde, bem como da qualidade da dispensação e uso racional dos medicamentos, nos diferentes níveis da atenção à saúde;

II - coordenar os sistemas de dados e indicadores relacionados aos medicamentos, visando fornecer aos demais órgãos do sistema as informações necessárias ao controle e avaliação das atividades desenvolvidas, contribuindo na resolutividade das ações de saúde e planejamento da Política Municipal de Assistência Farmacêutica;

III - desenvolver estratégias para inclusão de medicamentos fitoterápicos na assistência farmacêutica básica;

IV - estabelecer metas, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas, projetos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde, em articulação com as demais instâncias da Secretaria de Saúde e da administração municipal;

V - coordenar, organizar, supervisionar e avaliar o atendimento e produção farmacêutica em toda a rede de serviços prestados pela Secretaria de Saúde, incluídas as análises clínicas, águas e alimentos;

VI - supervisionar e monitorar o uso de equipamentos de diagnóstico laboratorial e estabelecer os termos técnicos dos contratos de manutenção preventiva e permanente;

VII - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento dos serviços e programas de responsabilidade da Gerência, garantindo os recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VIII - assessorar tecnicamente a Secretaria de Saúde e demais instâncias da administração municipal referente à aquisição, qualificação, ou quaisquer pareceres referentes a equipamentos, fornecedores, insumos, objetos da Gerência;

IX - avaliar a necessidade de aquisição de medicamentos, matérias-primas ou insumos em situação emergencial ou excepcional relacionados à Assistência Farmacêutica e análises laboratoriais;

X - participar na seleção e contratação dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde, em conformidade com a legislação vigente;

XI - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 45 À Gerência de Saúde Bucal compete organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de saúde bucal, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, estimulando a reorganização e a integralidade da atenção básica para a redução dos problemas de saúde bucal dos usuários municipais, com resolutividade e boa qualidade, com as atribuições básicas de:

I - definir, planejar, normatizar e coordenar as ações de saúde bucal na Atenção Básica e assegurar o acesso progressivo de todas as famílias, às ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

II - coordenar os sistemas de dados e indicadores relacionados à saúde bucal, visando fornecer aos demais órgãos do sistema as informações necessárias ao controle e avaliação das atividades desenvolvidas, contribuindo na resolutividade e planejamento das ações e serviços municipais de saúde;

III - estabelecer metas, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas, projetos e serviços de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde, em articulação com as demais instâncias da Secretaria de Saúde e da administração municipal;

IV - coordenar, organizar, supervisionar e avaliar o atendimento e produção odontológica em toda a rede de serviços prestados pela Secretaria de Saúde;

V - supervisionar e monitorar o uso de equipamentos de uso odontológico e estabelecer os termos técnicos dos contratos de manutenção preventiva e permanente;

VI - viabilizar a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolutividade e funcionamento dos serviços e programas de saúde bucal e de responsabilidade da Gerência, fornecendo os recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VII - assessorar tecnicamente a Secretaria de Saúde e demais instâncias da administração municipal referente a aquisição, qualificação, ou quaisquer pareceres referentes a equipamentos, fornecedores, insumos, objetos da Gerência;

VIII - avaliar a necessidade de aquisição de medicamentos, matérias-primas ou insumos em situação emergencial ou excepcional relacionados à saúde bucal;

IX - participar na seleção e contratação dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde, em conformidade com a legislação vigente;

X - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 46 À Gerência de Atenção Especializada compete organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de saúde que envolvam o acesso dos usuários a todos os níveis da assistência de forma integral e hierarquizada, com as atribuições básicas de:

I - planejar, elaborar, organizar, monitorar e avaliar a estratégia de execução das ações ambulatoriais especializada na rede de serviços de saúde no Município;

II - promover, garantir o planejamento e coordenação das atividades voltadas para saúde e regulação de média e alta complexidade;

III - formular normas e padrões técnicos de disponibilidade, acessibilidade e cobertura no âmbito do Sistema Municipal de Saúde;

IV - analisar as solicitações de contratos e convênios para atendimento na rede ambulatorial e hospitalar;

V - proceder análise qualitativa e quantitativa dos serviços especializados da rede de serviços de saúde Municipal;

VI - estabelecer normas, instruções e rotinas operacionais para o desenvolvimento das atividades de assistência ambulatorial especializada (consultas e exames diagnósticos) na Rede Municipal;

VII - definir a necessidade de aquisição de serviços complementares à Rede Pública e estabelecer mecanismo de referência e contra-referência para os estabelecimentos contratados ou sob a Gestão do Município;

VIII - acompanhar a qualidade dos serviços prestados pela Rede Contratada, em parceria com o serviço de auditoria;

IX - participar na seleção e contratação dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde, em conformidade com a legislação vigente;

X - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 47 À Gerência de Vigilância em Saúde compete integrar as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador, Zoonoses, para o desenvolvimento de uma nova prática sanitária na gestão do Sistema Único de

Saúde, fomentando a intersetorialidade e a integração destas atividades com todo o sistema de saúde municipal, com as atribuições básicas de:

I - formular a Política e propor o Plano Diretor de Vigilância em Saúde para o município de Chapecó em articulação com todas as instâncias da Secretaria de Saúde;

II - elaborar e submeter à apreciação da Secretaria de Saúde, as normas técnicas e padrões destinados à garantia da qualidade da saúde da população, nas suas respectivas áreas de conhecimento e atribuição;

III - coordenar o sistema de vigilância do âmbito municipal, planejar e desenvolver os projetos, programas e ações de intervenção e fiscalização pertinentes às suas respectivas áreas de atuação;

IV - desenvolver ações de investigação de casos ou de surtos de agravos, bem como de condições de risco para a saúde da população, com vistas à elaboração de recomendações técnicas para o controle dos condicionantes de adoecimento;

V - desenvolver atividades de orientação e fiscalização das condições sanitárias de produtos, serviços, ambiente, e de qualquer atividade que envolva riscos à saúde pública e do trabalhador, no meio urbano e rural,

VI - realizar inspeções e vistorias, emitir pareceres, alvarás sanitários, elaborar normas técnicas, protocolos de condutas e procedimentos, manuais e boletins, no sentido de subsidiar as autoridades municipais para a adoção das medidas de controle;

VII - participar da organização e monitoramento das bases de dados relativas às atividades de vigilância em saúde, assim como a difusão de informações relacionadas à saúde;

VIII - elaborar e analisar indicadores de saúde e monitorar o quadro sanitário municipal;

IX - coordenar a execução das atividades relativas à disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do Sistema Único de Saúde para subsidiar a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e de outros agravos à saúde;

X - participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, na área prevenção e controle de doenças;

XI - assistir a Secretaria de Saúde na tomada de decisões a respeito de recursos interpostos nos processos de vigilância em saúde;

XII - assumir o controle operacional de situações epidemiológicas referentes às doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde;

XIII - desenvolver atividades de orientação e fiscalização das condições sanitárias e de resguardo da saúde pública e do trabalhador, nas seguintes áreas:

a) de alimentos, bebidas e água para consumo humano;

b) de saneamento, inclusive habitacional, tanto urbano quanto rural;

c) do meio ambiente urbano e rural;

d) de condições de trabalho em qualquer ramo de atividade;

XIV - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

SUBSEÇÃO III

DA DIRETORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Art. 48 À Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria compete assessorar tecnicamente o Secretário Municipal, as diversas instâncias e instituições do sistema de Saúde Municipal em aspectos relacionados ao controle, avaliação e auditoria, com a finalidade de planejar, controlar e monitorar o desenvolvimento do Sistema Municipal de Saúde, a fim de assegurar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde necessários aos usuários, além das atribuições básicas de:

I - analisar o desempenho, resolutividade, capacidade técnico-administrativa, gestão contábil e financeira das unidades de Saúde, prestadoras de serviços públicos de saúde, sejam elas municipais, contratadas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde, visando a melhoria permanente da assistência à população;

II - apurar todas as denúncias referentes a irregularidades cometidas pela rede de serviços, bem como propor e apoiar a adoção de medidas para a sua correção;

III - avaliar a estrutura dos processos aplicados e dos resultados alcançados para aferir sua adequação aos critérios de eficiência, eficácia e efetividade;

IV - auditar a Rede de Serviços, a fim de assegurar qualidade da assistência aos usuários, a regulação dos procedimentos executados e a correta utilização dos recursos financeiros próprios e transferidos;

V - programar e executar Auditorias baseadas em análise dos dados contidos nos Sistemas de Informação de Saúde;

VI - realizar Auditoria Contábil e Financeira, observando o uso adequado dos recursos, conforme previsto no Plano Municipal de Saúde e nas Programações estabelecidas e pactuadas, verificando a legalidade, eficiência e racionalidade da Gestão;

VII - verificar a regularidade dos procedimentos praticados por Pessoa Física ou Jurídica, mediante Exame analítico e operacional;

VIII - elaborar protocolos, normas e parâmetros de Auditoria e dos fluxos dos serviços executados na rede municipal de saúde;

IX - gerenciar os convênios, as contratações de serviços privados ou terceirizados e credenciamentos de serviços de saúde da rede municipal e ou regional;

X - verificar a qualidade, processar e alimentar as bases de dados nacionais com os dados, ações e serviços produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo-os atualizados;

XI - coordenar, elaborar e controlar a Programação Pactuada e Integralizada - PPI, juntamente com a Secretaria de Saúde e as demais pactuações dos serviços de média e alta complexidade com entes públicos, filantrópicos ou privados;

XII - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 49 À Gerência de Regulação e Controle compete, gerenciar, organizar, executar, supervisionar, as ações e serviços em saúde referentes a regulação do Sistema Único de Saúde Municipal, promovendo a equidade do acesso e

integralidade da assistência, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, além das atribuições básicas de:

I - formular, acompanhar, controlar e avaliar o Sistema Municipal de Saúde e a execução das ações e serviços de em seu território, respeitadas as competências municipais;

II - ordenar o acesso aos serviços de assistência à saúde, otimizando os recursos assistenciais disponíveis, garantindo a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população.

III - processar e manter atualizados os dados da produção ambulatorial e hospitalar do município e prestadores de serviços sob gestão municipal, gerando os relatórios necessários com os dados da produção para o devido pagamento;

IV - assessorar tecnicamente e disponibilizar as informações a Secretaria de Saúde e demais instâncias da administração municipal;

V - cadastrar os serviços e conduzir os processos de compra e contratação de serviços de acordo com as necessidades identificadas, acompanhando o faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados;

VI - controlar de forma contínua e periódica a implementação das atividades de saúde e seus componentes, a fim de assegurar que a entrada, o processo e a produção prevista e outras ações necessárias funcionem como o previsto;

VII - auditar, de forma sistemática e independente os fatos obtidos através de observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo como as disposições planejadas;

VIII - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 50 À Gerência de Autorização e Tratamento Fora de Domicílio compete, gerenciar, supervisionar, organizar os serviços em saúde referentes a encaminhamentos e agendamentos assistenciais de usuários atendidos pelo município, além das atribuições básicas de:

I - orientar e encaminhar usuários a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora da sua microrregião, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/estado, bem como o atendimento àqueles com necessidades especiais para locomoção;

II - planejar, organizar e participar da elaboração de agendas de consultas, exames e procedimentos de Atenção Básica, Alta Complexidade, Média Complexidade, Média e Alta Complexidade Interestadual;

III - organizar e manter atualizados processos de Tratamento Fora de Domicílio e cadastros de usuários em tratamento de saúde que necessitam transporte para outros municípios;

IV - elaborar normas, rotinas, procedimentos, pareceres, informes e relatórios relacionados ao funcionamento do setor;

V - levantar, analisar e interpretar para a Secretaria de Saúde as necessidades, aspirações e insatisfações dos usuários bem como propor sugestões;

VI - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

SUBSEÇÃO IV

DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA E DE INFRAESTRUTURA

Art. 51 À Diretoria Administrativa, Financeira e de Infraestrutura, como órgão de assessoramento, planejamento e controle junto à Secretaria, às demais Diretorias e Gerências, compete o gerenciamento e recebimento dos recursos financeiros, o controle de contratos de serviços e convênios, o apoio operacional e de manutenção e as atividades de gestão de pessoas, com as atribuições básicas de:

I - assistir o Secretário de Saúde na tarefa de gerir o Fundo Municipal de Saúde ou quaisquer outros recursos transferidos por órgãos governamentais;

II - participar da elaboração do planejamento e da proposta orçamentária, discriminando receitas e despesas com base na estimativa da produção de serviços, bem como, o acompanhamento e a avaliação dos indicadores estabelecidos;

III - coordenar e executar o apoio logístico referente ao transporte, manutenção geral e insumos necessários para execução das atividades e ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde;

IV - estabelecer e controlar contratos de serviços, convênios e outros ajustes firmados pelo Município na área da saúde, articuladamente com a Secretaria de Fazenda e Administração;

V - planejar, organizar, executar e controlar as atividades financeiras, perícias contábeis, prestações de contas ou diligências e pagar despesas autorizadas e devidamente processadas, da Secretaria de Saúde e movimentar recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde, através da via bancária;

VI - manter e controlar o registro de materiais e patrimônio da Secretaria de Saúde, de forma articulada com a Secretaria de Fazenda e Administração;

VII - executar as atividades referentes à contabilidade e compras da Secretaria de Saúde, de forma articulada com a Secretaria de Fazenda e Administração;

VIII - executar as atividades relativas à gestão de pessoas, observando a legislação em vigor;

IX - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 52 À Gerência do Trabalho e Educação na Saúde compete, planejar, gerenciar, supervisionar, organizar as políticas e diretrizes relativas à gestão de pessoas envolvidas nas ações e serviços de saúde municipal, incluindo os processos de capacitação, além das atribuições básicas de:

I - coordenar, orientar, controlar e promover a correta aplicação da legislação referente a Recursos Humanos, além de elaborar normas, diretrizes, instruções e regulamentos, emitir pareceres e realizar estudos relativos a servidores, pessoas contratadas e estagiários que compõem a estrutura de trabalho da Secretaria de Saúde;

II - gerenciar a política de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal, propondo intercâmbio com instituições de ensino, dentro das diretrizes da educação permanente;

III - manter atualizado o cadastro de cargos e funções dos servidores municipais lotados na Secretaria de Saúde, coordenar o processo de avaliação de

desempenho e estágio probatório e elaborar anualmente relatório de necessidades de recursos humanos e das condições de trabalho da Secretaria de Saúde;

IV - elaborar as rotinas, fluxos, procedimentos e todos os atos legais relativos ao exercício de todos os trabalhadores da rede municipal da saúde;

V - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

Art. 53 À Gerência de Apoio Operacional compete, planejar, gerenciar, supervisionar, organizar e executar os serviços e atividades sistêmicas de apoio e suporte material, físico e logístico às ações e serviços de saúde da rede municipal, incluindo o desenvolvimento e manutenção de sistemas de informática, além das atribuições básicas de:

I - promover as medidas que visem assegurar o pleno desenvolvimento das atividades de apoio relacionadas com transportes internos e serviços gerais;

II - operar, manter, controlar e conservar os meios internos e externos de telecomunicações;

III - coordenar, orientar, controlar e fiscalizar a execução dos serviços de conservação, limpeza e higiene das unidades que compõem a estrutura da Secretaria de Saúde;

IV - adquirir, receber, avaliar, guardar, controlar e distribuir insumos e materiais permanentes e de consumo da rede municipal de saúde;

V - realizar estudos e pesquisas objetivando a elaboração e desenvolvimento de projetos de modernização de estruturas, sistemas e métodos, relacionados ao apoio operacional, bem como coordenar sua implantação;

VI - gerenciar o controle financeiro, contábil e patrimonial da Secretaria de Saúde;

VII - desempenhar outras atividades, determinadas pelo Secretário de Saúde.

SUBSEÇÃO IV

DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 54 O Conselho Municipal da Saúde, vinculado à Secretaria de Saúde, é o órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões, tem suas finalidades declaradas em legislação própria.

SUBSEÇÃO V

DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 55 O Fundo Municipal da Saúde, vinculado à Secretaria da Saúde, constituído por recursos provenientes de dotações do Governo Federal, Estadual e Municipal, destina-se a custear o Sistema Único de Saúde do Município.

Parágrafo Único - O Fundo Municipal de Saúde rege-se por legislação própria e obedece às normas determinadas pelo artigo 11 da Resolução nº TC-06/89 e demais disposições legais posteriores.

DA FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL DE CHAPECÓ - FASC

Art. 80 A Fundação de Ação Social de Chapecó, nos termos da Lei de sua criação, terá por objetivo a promoção da auto-sustentabilidade da população em situação de risco e vulnerabilidade social, articulando o conjunto de políticas sociais do município, planejando e executando programas de promoção do cidadão, em especial:

I - implantação prioritária do Programa Central de Resgate Social de Chapecó.

II - a coordenação das ações de defesa social;

III - a articulação com as instâncias públicas federal e estadual e com a sociedade, visando potencializar as ações e os resultados;

IV - a articulação e o monitoramento do sistema de informações estratégicas de defesa social;

V - a administração dos mecanismos de proteção do patrimônio público municipal e de seus usuários;

VI - coordenar e executar a política municipal de assistência social, tendo como destinatária a população em situação de exclusão, risco e vulnerabilidade social;

VII - implantar e implementar projetos e programas sociais, tendo como enfoque principal o núcleo familiar e como estratégia básica a parceria entre o setor público e a iniciativa privada;

VIII - prestar o apoio técnico e financeiro às entidades sociais organizadas, comunitárias e assistenciais, públicas e privadas, mediante a formalização de convênios e outros instrumentos congêneres, com a conseqüente fiscalização, para a consecução dos objetivos previstos no Plano Municipal de Assistência Social;

IX - coordenar a implantação de cadastros na área social do Município, subsidiando a compatibilização e potencialização das ações e recursos existentes;

X - planejar, executar e acompanhar programas de capacitação para o ofício nos setores formal e informal, que promovam oportunidades para o trabalho e melhoria da renda familiar;

XI - estimular o desenvolvimento de atividades artesanais e da economia de pequena escala, o associativismo, o empreendedorismo e outras atividades de geração de renda;

XII - planejar, coordenar e implementar a política de apoio e assistência à pessoa portadora de deficiência física;

XIII - o planejamento operacional, a definição e a execução da política de defesa social do Município;

XIV - atendimento emergencial à população de rua e vítima de violência;

XV - enfrentamento da exploração e abuso sexual;

XVI - abrigamento e albergagem;

XVII - atendimento à população em conflito com a lei;

XVIII - articular-se com outros órgãos para promover a regularização fundiária.

ANEXO B – Relação das parcerias diretas da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó

PRESTADORES PRIVADOS – Atualização realizada em Nov. 2010.
FISIOTERAPIA PAULA ZENI
FISIOTERAPIA JOSEANE SIGNORE
FISIOTERAPIA DALLMAR
FISIOTERAPIA DDS - OFICINA DO MOVIMENTO
FISIOCLIN CLÍNICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO
CLÍNICA DE REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA AGNE LTDA
CLÍNICA INTEGRADA DE FISIOTERAPIA S/S LTDA
PRÓFISIO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
ESTAR BEM CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
EQUILÍBRIO DA FORMA SOCIEDADE SIMPLES
FISIOTERAPIA DRA. NÁDIA M. DE MARCO SANDRIN
EXPRESSÃO CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO
ITAMAR LABORATÓRIO DE PRÓTESE LTDA ME
LABORATÓRIO DE ANÁLISES E PESQUISAS CLÍNICAS CHAPECÓ
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS MERISIO LTDA
CENTRO ASSOCIATIVO DE ATIVIDADES PSICOFÍSICAS PATRICK (CAAP)
ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE)
CLÍNICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA S/S (CLIMED)
ALBERTO STOLT
CLÍNICA E PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO (CIPED)
PROCTOCLÍNICA – CENTRO COLOPROCTOLÓGICO DO OESTE S/S LTDA
CLÍNICA MÉDICA RADIMAGEM
CLÍNICA DE IMAGEM DORNELLES
CLÍNICA RADIOLÓGICA CHAPECOENSE S/S LTDA
CLÍNICA DE OLHOS DR. DELSO BONFANTE
MCR SERVIÇOS DE SAÚDE S/S LTDA
CLÍNICA DE OLHOS DR. JOÃO ARTHUR ETZ. JR.
CENTRO ESPECIALIZADO EM RETINA E VITREO DE CHAPECÓ LTDA
CLÍNICA DE OLHOS CHAPECÓ
HOSPITAL REGIONAL DO OESTE
HEMOSC

REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER
IMEDIC DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CLÍNICA INTEGRADA OESTE
CLÍNICA RENAL DO OESTE
CENTRO DE LITOTRIPSIA
CENTRO INTEGRADO DE PEDIATRIA S/S LTDA (CIPED)
CENTRO DE ULTRASSONOGRAFIA REGIONAL AVANÇADO (CURA)
CLÍNICA MÉDICA DR. VALDIR E DRª KAREN LTDA
CLÍNICA DE PSICOLOGIA PSICOEQUILÍBRIO LTDA
LABORATÓRIO CONFIANÇA – ANALIC
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES KANNENBERG LTDA

ANEXO C – Relação das parcerias indiretas da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó [dadas por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos municípios do Oeste de Santa Catarina (CIS-AMOSC)]

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO OESTE DE SANTA CATARINA (CIS-AMOSC)

AVENIDA GETÚLIO VARGAS, 571S, CENTRO, CHAPECÓ/SC

FONE: (49) 3319-3212/FAX: 3319-3200

E-MAIL: CISAMOSC@AMOSC.ORG.BR SITE: WWW.AMOSC.ORG.BR

ESPECIALIDADE	PRESTADOR	PROCEDIMENTOS
ANATOMIA PATOLÓGICA	PATHO DIAGNOSE (CETHRON)	BIÓPSIA
	IPA – INSTITUTO DE PATOLOGIA MEIO OESTE	BIÓPSIA
	PASTEUR – PATOLOGIA E LAB. ANACLIN.	BIÓPSIA
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	AIRTON KANNEMBERG CRM-SC 4920	CONSULTA
	CLÍNICA GERIÁTRICA E CIRURGIA VASCULAR CHAPECÓ – DR. MÁRIO GOTO CRM-SC 13525	CONSULTA
AUDIOMETRIAS E IMITANCIOME- TRIAS	ANDRESSA BRINHOSA DEPARIS	ÁUDIO TONAL/VOCAL
	ALESSANDRA D’AGOSTINI	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	ALINE A. LUNKES	SESSÃO
	ANA PAULA B. DE MELLO	AUDIOMETRIA
	CINTIA DACORÉGIO	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	CLÍNICA AUDIOLÓGICA LIMAR – VANESSA LANZARINI	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	CLÍNICA COMUNICAÇÃO	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	CLÍNICA INTEGRADA OESTE	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	CRISTIANE MULINARI SGUARIO	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	JUCIMARI CRODA SEGER	AUDIOMETRIA

	JULIANA THIESSEN	AUDIOMETRIA
	LUCIANA BRAMATTI	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	MACLEISER TOSATI	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	ANATOMIA PATOLÓGICA	AUDIOMETRIA
	ODONE BRAMATTI	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	OTOCLIN CLINICA AUDIOLÓGICA	AUDIOMETRIAS IMITANCIOMETRIA
	RAQUEL NERES	AUDIOMETRIA IMITANCIOMETRIA
	THELMA ZAMBENEDETTI	AUDIOMETRIA
BERA	CLÍNICA INTEGRADA OESTE	BERA
	OTOCLIN CLINICA AUDIOLÓGICA	BERA
	PULMONARE E NEUTRON	BERA
BIÓPSIAS	ANDRÉ MATTOS CRM-SC 7664 (ENDOCLÍNICA)	BIÓPSIA
	CLÍNICA MEDICA DR. WALDIR SAVI JR	BIÓPSIA
BIÓPSIA TRANSRETAL DE PROSTATA	INSTITUTO DE UROLOGIA – DR. OZI	BIÓPSIA TRANSRETAL DE PRÓSTATA
CARDIOLOGIA	ANTONIO W. BARBOSA CRM-SC 1624	CONSULTA ELETROCARDIO- GRAMA
	CARLOS KLEBER GOMES CRM-RJ 52 55.283-8	CONSULTA
	CLÍNICA DR. DELVINO LONGHI CRM-PR 2297	CONSULTA ELETROCARDIO- GRAMA
	RENATO BOHNERT CRM-SC 3662	CONSULTA
CIRURGIA ONCOLÓGICA	MARCOS ANTONIO TESSEROLI	CONSULTA
CIRURGIA GERAL	CENTRO DE MEDICINA E CIRURGIA AVANÇADA	CONSULTA
	CÍCERO LOPES DA SILVA	CONSULTA
	CLÍNICA DR ANDRÉ	CONSULTA

	MATTOS ENDOCLÍNICA CRM-SC 7664	
	DEZANETTI E BAIONI GARCIA CONSULTORIO MÉDICO	CONSULTA
	IVÂNIA RODRIGHERI CRM-SC 6683	CONSULTA
	PEDRO ALTAIR NEVES CRM-SC 3257	CONSULTA
COLONOSCOPIA	CENTRO DE MEDICINA E CIRURGIA AVANÇADA	COLONOSCOPIA
	CLÍNICA MÉDICA DR WALDIR SAVI JR	COLONOSCOPIA
	MEDCLIN – CLÍNICA VÍDEO E ENDOSCOPIA	COLONOSCOPIA
COLPOSCOPIA	CARLOS PATZLAFF	CRIOCAUTERIZA- ÇÃO
	CRISTIANE SCHOPF CRM-SC 12744	COLPOSCOPIA
	RITA MAIRICEA PEZZALI CRM-SC 4731	COLPOSCOPIA
CRIOCAUTERIZA- ÇÃO CÓLO DE ÚTERO	CLÍNICA VITTA DR JEAN CLEBER TISSIANI CRM-RS 29328	CRIOCAUTERIZA- ÇÃO
	CRISTIANE SCHOPF CRM-SC 12744	CRIOCAUTERIZA- ÇÃO
	CARLOS PATZLAFF	CRIOCAUTERIZA- ÇÃO
DERMATOLOGIA	CARLA SAROLLI CRM-PR 14943	CONSULTA
	DEZANETTI E BAIONI GARCIA CONSULTORIO MÉDICO	CONSULTA
	PAULA HUND CRM-SC 10272	CONSULTA
DENSITOMETRIA ÓSSEA	CLINICA SILVANA	DENSITOMETRIA ÓSSEA
	CLÍNICA RADIOLÓGICA CHAPECOENSE – DR. CLÓVIS ISOLANI	DENSITOMETRIA ÓSSEA
ECOCARDIOGRA- MA COM DOPPLER	MCR – SERVIÇOS MÉDICOS (CARLOS KLEBER)	TESTES ESTEIRA OU ERGOMÉTRICO

	DIAGNÓSTICO VIA IMAGEM LTDA	ECOCARDIOGRAMA C/DOPPLER
ENDOSCOPIA	CLÍNICA DR ANDRÉ MATTOS ENDOCLÍNICA CRM-SC 7664	EXAME
	BURGA E NORIEGA LTDA	EXAME
	CENTRO DE MEDICINA E CIRURGIA AVANÇADA	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
	CLÍNICA MÉDICA DR WALDIR SAVI JR	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
	MEDCLIN – CLÍNICA VÍDEO E ULTRASSONAGRAFIA	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
	TRADIMED	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ELETRONEURO-MIOGRAFIA	PULMONARE E NEUTRON	FACE, ABDOMEN SUPERIOR E INFERIOR E ABDOMEN TOTAL
ELETROCARDIOGRAMA	ANTONIO W. BARBOSA CRM-SC 1624	ELETROCARDIOGRAMA
	CLÍNICA DR DELVINO LONGHI – CRM-PR 2297	ELETROCARDIOGRAMA
ELETROENCEFALOGRAMA	GIOCONDA MENDES CRM-SC 10177	ELETROENCEFALOGRAMA
	MAURO TIBOLA – CRM-SC 14840	ELETROENCEFALOGRAMA
	NEUROCLÍNICA WENTZ DR. CARLOS WENTZ CRM-SC 5349	ELETROENCEFALOGRAMA
FISIOTERAPIA	BEM-STAR FISIO LTDA	SESSÃO
	CANELLO CLINICA DE FISIOTERAPIA	SESSÃO
	CLINICA FISIOTERAPIA LDB LTDA	SESSÃO
	CENTRO REABILITAÇÃO FREI BRUNO	SESSÃO
	CLÍNICA DE FISIOTERAPIA ACADROLLI	SESSÃO
	CLÍNICA FISIOTERAPIA KALÚ LTDA	SESSÃO
	CLINICA FISIOTERAPIA REABILITAR	SESSÃO

	CLÍNICA FISIOTERAPIA SOL DA TERRA	SESSÃO
	CLINICA FISIOMEZ	SESSÃO
	DDS CLÍNICA FISIOTERAPIA	SESSÃO
	EQUILIBRIO DA FORMA	SESSÃO
	FISIOCLIN – LUCIVANI PICOLY	SESSÃO
	FISIOESTE – BARTIRA MENDES	SESSÃO
	FISIOTERAPIA EQUILIBRIO E ESTÉTICA LTDA	SESSÃO
	FISIOVITA – CLÍNICA DE FISIOTERAPIA	SESSÃO
	FUNDESTE – FUND. ENS. DES. OESTE	SESSÃO
	GRAZIELA PIEROZAN	SESSÃO
	HOSPITAL FUND. MÉDICA CAXAMBU – ANA PAULA	SESSÃO
	IRMÃOS SOMENSI LTDA	SESSÃO
	JKS – CLINICA DE FISIOTERAPIA	SESSÃO
	LILIANE MORAZ	SESSÃO
	MEDICLIN LTDA	SESSÃO
	NÁDIA DE MARCO	SESSÃO
	NOVOS RUMOS FISIOTERAPIA	SESSÃO
	ORTOCLIN ORTOPEDIA	SESSÃO
	PATRÍCIA SANDER	SESSÃO
	PRÓFISIO LTDA	SESSÃO
	RG SAÚDE & BEM ESTAR – REGINA GOLDONI	SESSÃO
	SANDRA M.F. DACHERI	SESSÃO
	TATIANE BERNARDI	SESSÃO
	VIDA – FISIOTERAPIA	SESSÃO
	VITALFISIO - CLINICA ORA	SESSÃO
	ZAMPROGNA CLÍNICA DE REAB.	SESSÃO
FONOAUDIOLOGIA	ALINE A. LUNKES	SESSÃO
	ANDRESSA BRINHOSA DEPARIS	SESSÃO
	ALESSANRA D'AGOSTINI	TERAPIA

	ANA PAULA DE MELLO	TERAPIA
	CLÍNICA INTEGRADA OESTE (SUELI)	TERAPIA
	CINTIA DACOREGIO	TERAPIA
	CRISTIANE MULINARI SGUARIO	TERAPIA
	DANIELA GIACON	TERAPIA
	DANIELA SIMIONI	TERAPIA
	FLÁVIA LUNARDI	TERAPIA
	JUCIMARI CRODA SEGER	TERAPIA
	JULIANA THIESSEN	TERAPIA
	JULIANA VOSS DE MELLO	TERAPIA
	JULIANA ZANLUCHI	TERAPIA
	KARINE PICCINI	TERAPIA
	LARA ZANIN ZAMIN	TERAPIA
	MACLEISER TOSATI	TERAPIA
	NAISE STROHER	TERAPIA E EXAME
	ODONE BRAMATTI	TERAPIA
	RAQUEL NERES	TERAPIA
	SIMONE FREITAS	TERAPIA
	THELMA ZAMBENEDETTI	TERAPIA E EXAME
GASTROENTE-ROLOGIA	JERZY BRZOZOWSKI CRM-SC 4317	CONSULTA
	VERA VASSOLER CRM-SC 2471	CONSULTA
GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA	ALICEU KANNEMBERG CRM-SC 1265	CONSULTA
	ARY SANTO AGNOLETO CRM-SC 2884	CONSULTA
	CARLOS JEOVANI YORA	CONSULTA
	CARLOS PATZLAFF	CONSULTA
	CRISTIANE SCHOPF CRM-SC 12744	CONSULTA
GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA	CLÍNICA VITTA DR JEAN CLEBER TISSIANI CRM-RS 29328	CONSULTA ELETROCOAGU- LAÇÃO
	EDUARDO GUERRA CRM-SC 9947	CONSULTA
	JUSSARA LOCATELLI CRM-SC 2643	CONSULTA E BIÓPSIA
	MARISA DOS SANTOS FEITEN	CONSULTA/ CRIOCAUTELE- TROCOAGULAÇÃO

	PATRICIA SANO BLANCO	CONSULTA
LABORATÓRIOS ANÁLISES CLÍNICAS	AMR – ANALIC LAB. AN. CLINICAS	EXAME
	LABORATÓRIO PICOLO	EXAME
	BIOCLINICO LABORATORIO	EXAME
	BIOLABOR LABORATORIO	EXAME
	BIOQUIMICA E FARMÁCIA SANTA GEMA	EXAME
	BIOQUIMICO LABORATÓRIO	EXAME
	CRISTAL LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	EXAME
	FARMÁCIA QUILOMBO	EXAME
	HEMOLAB – LAB. ANAL. CLINICA	EXAME
	LABORATÓRIO BRASIL	EXAME
	LABORATÓRIO BRASÍLIA	EXAME
	LABORATÓRIO CHAPECÓ	EXAME
	LABORATÓRIO CLÍNICO SOL DA TERRA	EXAME
	LAB. ELISETE BEDIN	EXAME
	LABORATÓRIO FAXINAL	EXAME
	LABORATÓRIO FEDRIGO	EXAME
	LABORATÓRIO FERNANDA POLETTO	EXAME
	LABORATÓRIO FERNANDA TRINDADE	EXAME
	LABORATÓRIO GOBBI LTDA	EXAME
	LABORATÓRIO LAIS LTDA	EXAME
	LABORATÓRIO MERÍSIO	EXAME
LABORATORIO RUDIGER	EXAME	
LAB. PALUDO E SICA	EXAME	
LAB PANDINI LTDA	EXAME	
LABORATÓRIO VIDA E SAÚDE	EXAME	
OFTALMOLOGIA	CLÍNICA DR. DELSO BONFANTE CRM-SC 6924	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	CLÍNICA DE OLHOS KUCZMAINSKI (JUNIOR)	CONSULTA E PROCEDIMENTOS

	CRM-SC 12099	
	CLÍNICA JOÃO ARTHUR ETZ JR CRM-SC 6310	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	CLÍNICA MÉDICA ESPINOSA LTDA	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	CLÍNICA ESPECIALIZADA KANNENBERG- CASSIANA	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	CLÍNICA OFT GRANZOTTO	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	CRISTIANO LAGO CRM-SC 12193	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	JEOVÁ JOSÉ DIAS CRM-SC 3315	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	LIDAMA (DANIELA BUSATO)	CONSULTA
	MARCIO GOMES ROCHA DA SILVA CRM-SC 13579	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	VILMAR PEREIRA ALVES (FABRÍCIO ALVES & CIA LTDA)	CONSULTA
	WEISSEIMER CLÍNICA E CIRURGIA DE OLHOS	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
ORTOPEDIA	CLÍNICA MÉDICA YOSHIHARA & GAIA LTDA (OLGA M. YOSHIARA)	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
	COT – CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CONSULTA
	ORTOTRAUMA CLIN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CONSULTA
	ORTOCLIN ORTOPEDIA	CONSULTA/ PROCEDIMENTOS
OTORRINOLA- RINGOLOGIA	CLÍNICA JONES ERNANI SCHUSTER CRM-SC 7342	CONSULTA
	CLÍNICA DR FERNANDO GORTZ CRM-PR 18622	CONSULTA
	RICARDO LIRA DA COSTA CRM-SC 12118	CONSULTA E PROCEDIMENTOS
PEDIATRIA	DAYSE ADAZS FONSECA	CONSULTA
	FERNANDO RIOS	CONSULTA

	FONSECA	
	IARA KWIECINSKI CRM-PR 5923	CONSULTA
	CLÍNICA VITTA DR LENOIR TISSIANI JUNIOR CRM-PR 21545	CONSULTA
PROCTOLOGIA	DEZANETTI E BAIONI GARCIA CONSULTORIO MÉDICO	CONSULTA
POLIPECTOMIA	CENTRO DE MEDICINA E CIRURGIA AVANÇADA	POLIPECTOMIA
PSIQUIATRA	ALEXEY W. M. GONÇALVES	CONSULTA
	RICARDO SCHMIDT CRM- SC 11112	CONSULTA
PSICOLOGIA	ANA AMÉLIA BEDIN	TERAPIA
	AUREA TURCATO CECCON	TERAPIA
	CASSÍNTIA GASPARETTO	TERAPIA
	CARLA GRASEL LOCATELLI	TERAPIA
	CAROLINA LOCATELLI	TERAPIA
	CIBELI PINTO PACHECO	TERAPIA
	CLINICA MÉDICA PRESIDENTE MÉDICI LTDA	TERAPIA
	CRISTIANE BELOTTO	TERAPIA
	DENIZE CENCI	TERAPIA
	DIOGO LUIZ BIONDO	TERAPIA
	EDEVILDE PARIZOTTO	TERAPIA
	ELISANDRA PICCINI	TERAPIA
	GISELE ZIN	TERAPIA
	GRASIELA L. DORIGONI	TERAPIA
	HAROLD WENTZ BIASUZ	TERAPIA
	IARA H. CALLFASS	TERAPIA
	IVANILDE ANA DALLE LASTE	TERAPIA
	JUSSARA M. GATTO	TERAPIA
	JUCIMARA BECKER	TERAPIA
	JULIANA LAZAROTTO	TERAPIA
KELI JOSIANE DA SILVA	TERAPIA	
LIDIANA TONINI	TERAPIA	
LIGIANE SPEROTTO	TERAPIA	

	LUCIANE LISTON DOS SANTOS	TERAPIA
	MARCIA REGINA TOSATTI	TERAPIA
	MARILIZE TÓFOLI	TERAPIA
	MARLIZE MÉRIZUZE	TERAPIA
	MARLI KASPER REX	TERAPIA
	MILKA SIRINO PREZZOTTO	TERAPIA
	MIRIAN TONINI	TERAPIA
	PATRÍCIA BILHAR	TERAPIA
	REJANE NAIR KUCZMAINSKI	TERAPIA
	REJANE PAZINI BACHER	TERAPIA
	ROSA TAISA SGUISSARDI	TERAPIA
	ROSANGELA SCRICH	TERAPIA
	ROSILENE DALAZEN	TERAPIA
	RUBIELI SILVANI	TERAPIA
	SANDRA CATAPAN	TERAPIA
	SANDRA SAUGO	TERAPIA
	SANDRA DA SILVA	TERAPIA
	STELA SOARES DA SILVA	TERAPIA
	VALDERES VALENTINI	TERAPIA
	VALQUIRIA EMMERT	TERAPIA
	VIVIANE CAON	TERAPIA
PSICOPEDAGOGIA	GILDA VALANDRO	TERAPIA
RAIO X	BIO IMAGEM LTDA	RX MAMOGRAFIA E ULTRASOM
	CDIP – CLINICA DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RX, MAMOGRAFIAS, TOMO E RESSONÂNCIA MAGN.
	CLÍNICA DE MARCO LTDA	RX
	CLÍNICA RADIOLOGICA CHAPECOENSE LTDA (DR. CLÓVIS ISOLANI)	RX MAMOGRAFIA E ULTRA SOM
	CLÍNICA SILVANA LTDA	MAMOGRAFIA, DENSITOMETRIA ÓSSEA
	FBN - SERVIÇOS	RX

	RADIOLÓGICOS (CLIN. REICHMANN)	
	FUND. SÃO LOURENÇO	RX MAMOGRAFIA
	JS IMAGEM LTDA	RX
	ORTOCLIN ORTOPEDIA	RX
	VIA IMAGEM LTDA	RX E MAMOGRAFIA UROGRAFIA EXCRETORA
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	CENTRO DE MEDICINA E CIRURGIA AVANÇADA	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO
RETOSIGMOIDOSCOPIA	CENTRO DE MEDICINA E CIRURGIA AVANÇADA	RETOSIGMOIDOSCOPIA
	CLÍNICA MÉDICA DR WALDIR SAVI JR	RETOSIGMOIDOSCOPIA
	JERZY BRZOWSKI CRM-SC 4317	RETOSIGMOIDOSCOPIA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	CDIP – CLINICA DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RX, MAMOGRAFIA, TOMO, RESSONÂNCIA MAGNET. E ULTRA-SOM
	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
TESTE ERGOMÉTRICO	CLÍNICA DR. DELVINO LONGHI CRM-PR 2297	TESTES ESTEIRA OU ERGOMÉTRICO
	MCR – SERVIÇOS MÉDICOS (CARLOS KLEBER)	TESTES ESTEIRA OU ERGOMÉTRICO
TOMOGRAFIAS	CDIP – CLINICA DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RX, MAMOGRAFIA, TOMO, RESSONÂNCIA MAGNET. E ULTRA-SOM
	TOMOCLÍNICA DR JACI PALMA	TOMOGRAFIA
	IMECOM – RADIAL RADIOLOGIA	TOMOGRAFIA
ULTRASSONO- GRAFIAS	BIO IMAGEM	PÉLVICA/ OBSTÉTRICA

		AP. URINÁRIO, TOTAL, MAMAS, ÓRGÃOS ISOLADOS, PRÓSTATA, TIREÓIDE
	CDIP – CLINICA DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RX, MAMOGRAFIA, TOMO, RESSONÂNCIA MAGN. E ULTRA- SOM
	CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO SCARIOT E LONGO LTDA	PÉLVICA/ OBSTÉTRICA AP. URINÁRIO, TOTAL, MAMAS, ÓRGÃOS ISOLADOS, PRÓSTATA, TIREÓIDE,
	CLÍNICA ELLA	PÉLVICA, OBSTÉTRICO, MAMAS
	CLÍNICA ODONTOMÉDICA PONTE SERRADA - GINECLIN	TRANSVAGINAL, MAMAS, OBSTÉTRICO, PÉLVICO, RETROPERITÔNIO, AB. TOTAL, APARELHO URINÁRIO, CRANIANA, OCULAR OU DE ÓRBITA, AB. SUPERIOR, PRÓSTATA, TIREÓIDE, ARTICULAÇÃO, BOLSA ESCROTAL, OBSTÉTRICO COM DOPPLER, OBSTÉTRICO

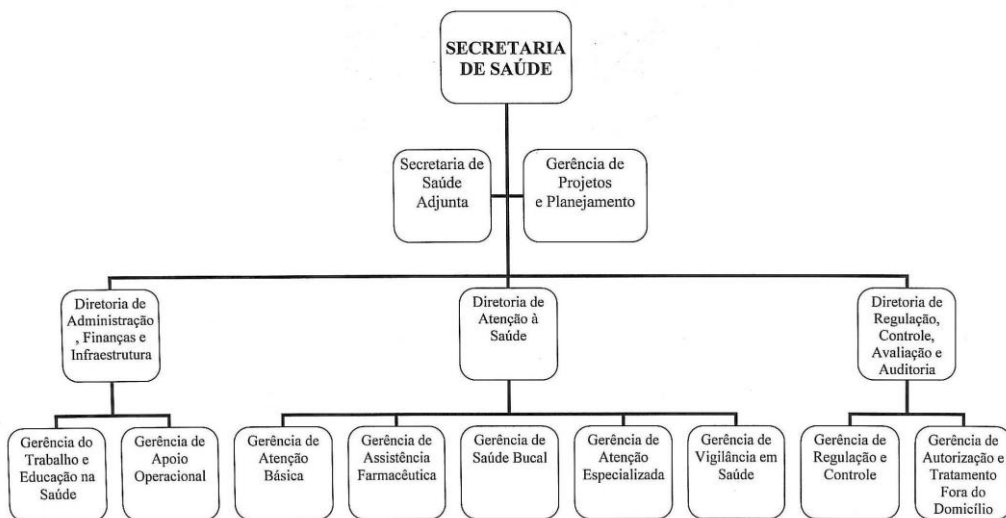
		MORFOLÓGICA
	CLÍNICA RADIOLÓGICA CHAPECOENSE (DR. CLÓVIS ISOLANI)	PÉLVICA, OBSTÉTRICO AP. URINÁRIO, TOTAL, MAMAS, ÓRGÃOS ISOLADOS, PRÓSTATA, TIREÓIDE
	CLÍNICA SILVANA LTDA	PÉLVICA/ OBSTETRICO AP. URINÁRIO, TOTAL, MAMAS, ÓRGÃOS ISOLADOS, PRÓSTATA, TIREÓIDE, CRANIANO, OCULAR, RETROPERITÔNIO, HIPOCÔNDRIO DIREITO, BOLSA ESCROTAL, ARTICULAÇÕES, OBSTÉTRICA COM DOPPLER, OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA E TRANSFONTANE- LAR
	ECO MED ROGÉRIO ORTOLAN	PÉLVICA/ OBSTÉTRICO AP. URINÁRIO, ABDÔMEN TOTAL, ÓRGÃOS ISOLADOS
	EDUARDO GUERRA CRM-SC 9947	PÉLVICO, OBSTÉTRICO E TRANSVAGINAL
	HOSPITAL DE MODELO	PÉLVICO, OBSTÉTRICO, MAMAS

	INTERAÇÃO DIAGNÓSTICA	ABDÔMEN TOTAL TIREÓIDE
	MEDCLIN – CLÍNICA VÍDEO E ULTRASSONOGRRAFIA	TRANSVAGINAL, MAMAS, OBSTÉTRICO E PÉLVICO
ULTRASSONO- GRAFIAS	PAULO FERNANDO CRESPO CARVALHO CRM 13476	TRANSVAGINAL, MAMAS, PÉLVICO/ OBSTÉTRICO RETROPERITÔNIO ABDOMEN TOTAL, HIPOCÔNDRIO DIRETITO APARELHO URINÁRIO, ABDOMEN ISOLADO OU SUPERIOR, PRÓSTATA
	TRADIMED LTDA	PÉLVICA/OBSTE AP. URINÁRIO TOTAL, MAMAS, ÓRGÃOS ISOLADOS, PRÓSTATA, TIREÓIDE
	TOMOCLÍNICA DR JACI PALMA	ULTRASOM
URODINÂMICA	INSTITUTO DE UROLOGIA (OZI DA COSTA – CRM-SC 7912)	URODINÂMICA COMPLETA
	JULIO ZAWADZKI CRM-SC 3226	URODINÂMICA COMPLETA
	PAULO FERNANDO CALDAS CRM-SC 11141	URODINÂMICA COMPLETA
	VALDEMAR BENIN JUNIOR	URODINÂMICA COMPLETA
UROLOGIA	CESAR BOMBARDELI CRM-SC 6293	CONSULTA
	CLÍNICA MÉDICA YOSHIHARA & GAIA LTDA (SIDONI GAIA CRM- PR 13621)	CONSULTA E PROCEDIMENTOS

	ENIO BRAMATTI CRM-SC 4897	CONSULTA
	FÁBIO FRANZONI CRM-PR 15917	CONSULTA
	JULIO ZAWADZKI CRM-SC 3226	CONSULTA
	HARDY GOLDSCHMIDT CRM-SC 4068	CONSULTA
	INSTITUTO UROLOGIA (OZI DA COSTA CRM-SC 7912)	CONSULTA
	PAULO FERNANDO CALDAS CRM-SC 11141	CONSULTA
	VALDEMAR BENIN JUNIOR	CONSULTA
	DJW CLINICA MÉDICA S/S - WALTER F. DOS SANTOS CRM-SC 6929	CONSULTA
VIDEOLARIN- GOSCOPIA	CLÍNICA JONES ERNANI SCHUSTER	CONSULTA E VIDEO

Obs.: Arquivo recebido em Julho 2010 – Via Secretaria de Saúde de Chapecó.

ANEXO D – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó



ANEXO E – Relação das parcerias da Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC)



FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL DE CHAPECÓ (FASC)

ENTIDADE	BAIRRO	Área de Atuação
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais/APAE Travessa Encantado 148 –E CEP. 89801970 (33221543) apaechadirecao@yahoo.com.br apaechapeco@sed.gov.br	Palmital	Atendimento a pessoas com deficiência
Sociedade Espírita Filhos de Dom Inácio de Loyola Rua Alterio Ducatti 400 E CEP. 89.815.119 (33290489) programaviver@gmail.com	Quedas Palmital	Atendimento socioeducativo a crianças e adolescentes
Centro Comunitário Bairros SAIC/Jardim Itália Rua. Marechal Floriano Peixoto 1450 CEP. 89.802.010 (33236989) conselhoaic@gmail.com	SAIC	Atendimento socioeducativo a crianças/adolescentes e idosos
Centro de Convivência do Idoso CL. Aurino Mantovani/CCI Rua Iguazu 230 CEP. 89.807.110 (33220368) centrodeconvivencia@cci-lions-uni.org.br	SAIC	Atendimento a idosos em sistema de acolhimento
Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes/FCD e COOPERDEF Rua São Leopoldo 461- D CEP. 89.812.530 (33313481) fcdchapeco@gmail.com	Santa Maria	Atendimento socioeducativo a pessoas com deficiência
Centro Associativo de Atividades Psicofísicas Física Patrick/CAPP Rua Fernando Machado 432 E CEP. 89.807-020 (33224353) capp@zipway.com.br	Centro	Atendimento a pessoas com deficiência
Associação dos Deficientes Visuais do Oeste de SC - ADEVOSC		

Rua General Osório 88 D CEP. 89.802-210 (33118892) adevosoc@terra.com.br	Centro	Atendimento a pessoas com deficiência visual
Ação Social Diocesana/ASDI Rua São João 106 D CEP. 89.801.973 (33237875) asdi@desbrava.com.br elisantin@desbrava.com.br	Centro	Albergue para usuários moradores de rua e em trânsito
Centro Comunitário Bairro Bela Vista Rua Ercílio Dias 900 E CEP. 89.804.160 (33240834)	Bela Vista	Atendimento socioeducativo a crianças/adolescentes e idosos
Fundação Aury Luiz Bodanese Rua João Martins 219 D – Fundos CEP: 89.803.901 (33213131) sonara-ramos@ auroraalimentos.com.br	São Cristóvão	Atendimento socioeducativo a crianças/adolescentes
Verde Vida Oficina Educativa Rua: Marechal Floriano Peixoto 2151 L CEP. 89.806.400 (33222776) verdevida@verdevida.org.br	Bom Pastor	Atendimento socioeducativo a adolescentes
Centro de Recuperação REVIVER/CRER Rua Rodrigues Alves 806 D CEP. 89.804-100 (33233795/99772589) reviver@revivercrer.com.br	Linha Tafona	Atendimento a usuários de substâncias psicoativas
Centro Social Marista/CESMAR Rua São Nicolau 360 D CEP. 89.806.290 (33222549/33234445) cesmarcco@marista.org.br	São Pedro	Atendimento socioeducativo a crianças e adolescentes
Centro Terapêutico Dilso Cecchin/CETER Rua Guarulhos 352 – E CEP. 89.805.760 (33221321) ceter@desbrava.com.br	Passo dos Fortes	Atendimento a usuários de substâncias psicoativas

Obs.: Arquivo atualizado em Nov./2010.

ANEXO F – Lei Complementar nº 229/2005: Cria a Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC), e dá outras providências.

LEI COMPLEMENTAR Nº 229, DE 18 DE MAIO DE 2005. CRIA A FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL DE CHAPECÓ - FASC, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Prefeito Municipal de Chapecó, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara de Vereadores aprovou e fica sancionada a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º Fica criada a Fundação de Ação Social de Chapecó - FASC, fundação de direito público, com prazo indeterminado, com sede e foro na cidade de Chapecó.

Art. 2º A Fundação de Ação Social de Chapecó terá por objetivo a promoção da auto-sustentabilidade da população em situação de risco e vulnerabilidade social, articulando o conjunto de políticas sociais do município, em conformidade com a política nacional de assistência social, planejando e executando programas de promoção do cidadão, em especial:

I - implantação prioritária do Programa Central de Resgate Social de Chapecó, com a finalidade precípua de oferecer serviços emergenciais de albergagem e abrigo da população de e na rua, migrante, em trânsito e vítimas de violência, priorizando a reinserção familiar e comunitária;

II - a articulação com as instâncias públicas federal e estadual e com a sociedade, visando potencializar as ações e os resultados;

III - coordenar e executar a política municipal de assistência social, com a efetiva participação dos Conselhos afins, tendo como destinatária a população em situação de exclusão, risco e vulnerabilidade social;

IV - implantar e implementar projetos e programas sociais, tendo como enfoque principal o núcleo familiar e como estratégia básica a parceria entre o setor público e a iniciativa privada;

V - prestar o apoio técnico e financeiro às entidades sociais organizadas, comunitárias e assistenciais, públicas e privadas, mediante a formalização de convênios e outros instrumentos congêneres, com a consequente fiscalização, para a consecução dos objetivos previstos no Plano Municipal de Assistência Social;

VI - coordenar a implantação de banco de dados na área social do Município, subsidiando a compatibilização e potencialização das ações e recursos existentes;

VII - planejar, executar e acompanhar programas de capacitação para o trabalho nos setores formal e informal, que promovam oportunidades para o trabalho e melhoria da renda familiar;

VIII - estimular o desenvolvimento de atividades artesanais e da economia de pequena escala, o associativismo, o empreendedorismo e outras atividades de geração de renda;

IX - o planejamento operacional, a definição e a execução da política de defesa social do Município;

~~X - desenvolver e implementar programas efetivos de habitação, objetivando atender, prioritariamente, as famílias de baixa renda; (Revogado pela Lei Complementar nº 339/2009)~~

XI - atendimento emergencial à população de rua e vítima de violência;

XII - enfrentamento da exploração e abuso sexual;

XIII - abrigo e albergagem;

XIV - atendimento à população em conflito com a lei;

~~XV - elaboração de projetos habitacionais e promoção de regularização fundiária; (Revogado pela Lei Complementar nº 339/2009)~~

Art. 3º Serão órgãos de administração da Fundação:

a) presidência

b) diretoria executiva;

c) conselho consultivo;

d) conselho fiscal.

Art. 4º A Presidência de honra da Fundação de Ação Social de Chapecó será indicada pelo Prefeito Municipal, sem remuneração, e atuará conjuntamente com os Conselhos Consultivo e Fiscal na garantia do patrimônio e no atendimento das finalidades da Fundação, bem como na definição da atuação do seu órgão executivo.

Art. 5º À Diretoria Executiva compete administrar, acompanhar e executar as finalidades da Fundação, envolvendo-se diretamente com todas as diretorias, departamentos e assessorias técnicas.

Parágrafo único. Ficam criados os cargos em comissão constantes do Anexo I desta Lei Complementar, e que constituem a Diretoria Executiva da Fundação.

Art. 6º O Conselho Consultivo é o órgão máximo de decisões da Fundação, juntamente com a Presidência, que, além de prestar o assessoramento técnico e científico, auxiliará na elaboração do plano de atuação do órgão executivo.

Art. 7º O Conselho Consultivo será formado por seis membros, que atuarão de forma voluntária e gratuita, indicados pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, observada a idoneidade moral, caráter solidário e que exerça ou tenha exercido relevantes atividades de cunho social no município, além de comprovado conhecimento técnico na área.

Art. 8º O Conselho Fiscal é órgão fiscalizador da administração contábil-financeira da Fundação, integrado por três membros efetivos e dois suplentes, formado por pessoas de ilibada reputação moral, diplomadas em curso universitário, indicadas pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, que atuarão de forma voluntária e sem remuneração.

Art. 9º Ficam transferidos todos os cargos de provimento efetivo e seus respectivos servidores que desenvolvem atividades na Secretaria de Assistência Social e Habitação para a Fundação de Ação Social de Chapecó - FASC.

§ 1º Poderão ser cedidos servidores lotados no Quadro de Pessoal do Município de Chapecó à Fundação Municipal de Ação Social, através de Decreto do Poder Executivo Municipal, conforme necessidade.

§ 2º Os servidores públicos municipais de que trata o caput deste artigo e o parágrafo anterior serão regidos pelas Leis Complementares Nº 130, de 5 de dezembro de 2001, Nº 131, de 5 de dezembro de 2001 e Nº 132, de 5 de dezembro de 2001.

Art. 10. O patrimônio da Fundação é constituído:

I - pelos bens imóveis, móveis e direitos, livres de ônus, que lhe forem transferidos em caráter definitivo, por pessoas naturais ou jurídicas, privadas ou públicas, nacionais ou estrangeiras;

II - pelos bens móveis e imóveis que forem sendo adquiridos;

III - pelas doações, heranças ou legados de pessoas naturais ou jurídicas, privadas ou públicas, nacionais ou estrangeiras.

Art. 11. Constituem recursos financeiros da Fundação:

I - as dotações consignadas no orçamento anual do Município de Chapecó;

II - as subvenções, auxílios e quaisquer contribuições realizadas por qualquer órgão público ou por entidade privada;

III - as arrecadações dos fundos especiais que proporcionarem recursos financeiros;

IV - as rendas decorrentes da exploração de seus bens ou prestação de serviço;

V - as contribuições oriundas de convênios, acordos e contratos;

VI - os produtos de operações de crédito;

VII - as ajudas financeiras de qualquer natureza;

VIII - o produto da venda do patrocínio de qualquer atividade da Fundação;

IX - depósitos para cauções ou garantia de execução contratual de qualquer natureza que reverterem aos seus cofres, em razão do inadimplemento contratual;

X - as doações, heranças ou legados de pessoas naturais ou jurídicas, privadas ou públicas, nacionais ou estrangeiras, bem como multas, indenizações e restituições;

XI - quaisquer outros recursos que lhe forem destinados;

XII - o saldo de exercício financeiro encerrado.

Art. 12. A Fundação de Ação Social de Chapecó administrará todos os fundos pertencentes à extinta Secretaria de Assistência Social e Habitação e outros que lhe forem designados por lei.

Art. 13. Os bens, direitos e recursos da Fundação serão aplicados, exclusivamente, nas operações e na execução de programas compatíveis com o objetivo da entidade.

Parágrafo único. Os bens imóveis da Fundação só poderão ser alienados com prévia autorização legislativa e depois de cumpridas as demais exigências legais.

Art. 14. O Diretor Presidente remeterá ao Conselho Consultivo, no mês de dezembro de cada exercício, relatório circunstanciado de suas atividades, retratando de forma clara e precisa o quadro de pessoal e a execução financeira / orçamentária, que será apreciada e submetida ao parecer do Conselho Fiscal para aprovação, sem prejuízo das prerrogativas legais dos Conselhos Municipais respectivos.

Art. 15. Em caso de dissolução ou extinção da Fundação, seus bens e direitos passarão a integrar o patrimônio do Município de Chapecó.

Art. 16. O Conselho Consultivo elaborará o projeto de estatuto da Fundação que será submetido à aprovação do Prefeito Municipal.

Art. 17. As atribuições dos órgãos da Fundação, bem como do pessoal administrativo serão estabelecidos no estatuto.

Art. 18. A contabilidade, contratação de pessoal, licitações e compras advindas da Fundação de Ação Social de Chapecó serão realizadas pela Prefeitura Municipal, através dos departamentos competentes em cada atividade.

Art. 19. O Poder Executivo regulamentará, por decreto, a presente Lei Complementar no que couber.

Art. 20. Para fazer face às despesas decorrentes da aplicação desta Lei Complementar, durante o exercício financeiro de 2005, serão utilizados recursos orçamentários ligados aos projetos e atividades da área social e habitação, bem como seus respectivos fundos.

Art. 21. Fica extinta a Secretaria de Assistência Social e Habitação, sendo transferidos automaticamente para a Fundação de Ação Social de Chapecó - FASC o seu patrimônio e os recursos financeiros que recebe do Município de Chapecó.

Art. 22. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

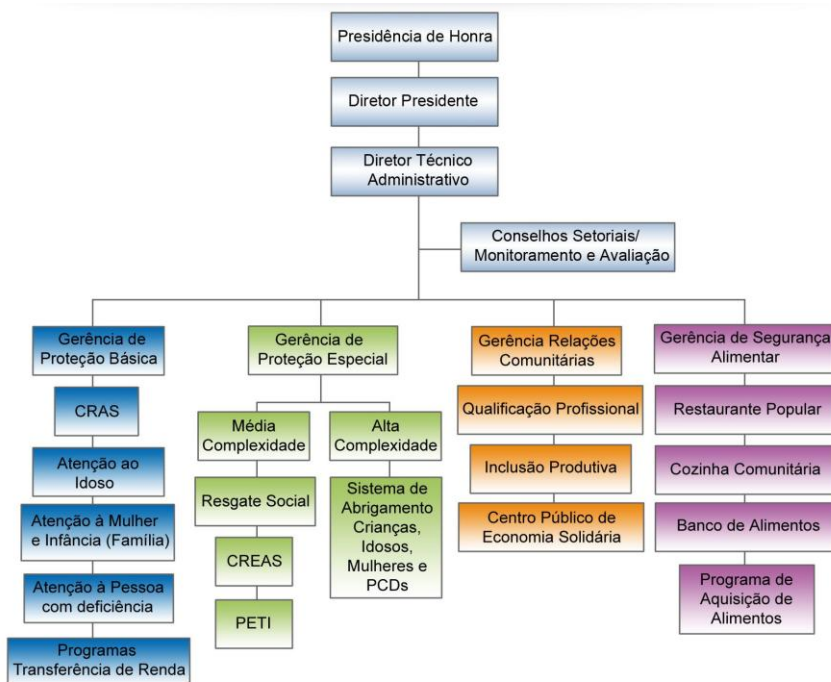
Gabinete do Prefeito Municipal de Chapecó, Estado de Santa Catarina, em 18 de maio de 2005.

JOÃO RODRIGUES – Prefeito Municipal

Anexo I

Código	Cargo	Nº Vagas	Vencimentos
32.1.09	Diretor Presidente da Fundação de Ação Social	1	R\$ 4.100,00
32.1.10	Diretor Administrativo/Financeiro da Fundação de Ação Social	1	R\$ 3.600,00
32.1.11	Diretor Técnico da Fundação de Ação Social	1	R\$ 3.600,00
21.5.12	Gerente da Criança e Adolescente da Fundação de Ação Social	1	R\$ 2.450,00
21.5.13	Gerente da Família da Fundação de Ação Social	1	R\$ 2.450,00
21.5.14	Gerente Comunitário, Trabalho e Renda da Fundação de Ação Social	1	R\$ 2.450,00
21.5.15	Gerente da Habitação da Fundação de Ação Social	1	R\$ 2.450,00
21.5.16	Gerente da Ação Voluntária da Fundação de Ação Social	1	R\$ 2.450,00
VALOR TOTAL			R\$ 23.550,00

ANEXO G – Organograma da Fundação de Ação Social de Chapecó (FASC)



ANEXO H – Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética e Direitos Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1052

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

APROVADO

PROCESSO: 1052 FR: 376285

TÍTULO: Desdobramentos da contrarreforma do Estado brasileiro no atual contexto das políticas sociais

AUTOR: Ivete Simonatto, Edinaura Luza

FLORIANÓPOLIS, 25 de Outubro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC