

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4



Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2020

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4



Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá

Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadores: Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P766 Política, planejamento e gestão em saúde 4 / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-291-3

DOI 10.22533/at.ed.913202708

1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Castro, Luis Henrique Almeida. II. Moreto, Fernanda Viana de Carvalho. III. Pereira, Thiago Teixeira.

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “Política, Planejamento e Gestão em Saúde” emerge como uma fonte de pesquisa robusta, que explora o conhecimento em suas diferentes faces, abrangendo diversos estudos.

Por ser uma área que investiga processos de formulação, implementação, planejamento, execução e avaliação de políticas, sistemas, serviços e práticas de saúde, a sua relevância no campo das ciências da saúde é indiscutível, revelando a multiplicidade de aportes teóricos e metodológicos, de caráter interdisciplinar, transdisciplinar e multiprofissional, influenciados por diferentes campos de conhecimento.

No intuito de promover e estimular o aprendizado dos leitores sobre esta temática, os estudos selecionados fornecem concepções fundamentadas em diferentes métodos de pesquisa.

Constituído por dez volumes, este e-Book é composto por 212 textos científicos que refletem sobre as ciências da saúde, seus avanços recentes e as necessidades sociais da população, dos profissionais de saúde e do relacionamento entre ambos.

Visando uma organização didática, a obra está dividida de acordo com seis temáticas abordadas em cada pesquisa, sendo elas: “Análises e Avaliações Comparativas” que traz como foco estudos que identificam não apenas diferentes características entre os sistemas, mas também de investigação onde mais de um nível de análise é possível; “Levantamento de Dados e Estudos Retrospectivos” correspondente aos estudos procedentes do conjunto de informações que já foram coletadas durante um processo de investigação distinta; “Entrevistas e Questionários” através da coleta de dados relativos ao processo de pesquisa; “Estudos Interdisciplinares” que oferecem possibilidades do diálogo entre as diferentes áreas e conceitos; “Estudos de Revisão da Literatura” que discutem o estado da arte da ciência baseada em evidência sugerindo possibilidades, hipóteses e problemáticas técnicas para a prática clínica; e, por fim, tem-se a última temática “Relatos de Experiências e Estudos de Caso” através da comunicação de experiência e de vivência em saúde apresentando aspectos da realidade clínica, cultural e social que permeiam a ciência no Brasil.

Enquanto organizadores, através deste e-Book publicado pela Atena Editora, convidamos o leitor a gerar, resgatar ou ainda aprimorar seu senso investigativo no intuito de estimular ainda mais sua busca pelo conhecimento na área científica. Por fim, agradecemos aos autores pelo empenho e dedicação, que possibilitaram a construção dessa obra de excelência, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

DA TEORIA A PRÁTICA: AS CONDIÇÕES QUE OS TRABALHADORES DOS SETORES DE FINANÇAS TÊM PARA AGILIZAR SUAS FUNÇÕES

Angelo D'Agostini Junior

DOI 10.22533/at.ed.9132027081

CAPÍTULO 2..... 5

DOCE FUNCIONAL DE CACAU COM BANANA TIPO BRIGADEIRO

Filipe Sousa de Lemos

Diana Márcia de Melo Silva Lopes

Francisco Kelton de Araújo Carvalho

Keylany Bezerra Gomes Rebouças

Valéria Cristina Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.9132027082

CAPÍTULO 3..... 9

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR NO RIO DE JANEIRO

Lucineide Fernandes Moraes

Wania Regina Coutinho Gonzalez

Elaine Rodrigues de Ávila

DOI 10.22533/at.ed.9132027083

CAPÍTULO 4..... 17

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA – ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO

Adelcio Machado dos Santos

Adriana Silva

DOI 10.22533/at.ed.9132027084

CAPÍTULO 5..... 35

ESTUDO DESCRITIVO COMPARATIVO ENTRE A UTI HUMANIZADA E CONVENCIONAL DE UM HOSPITAL PRIVADO

Gabriela de Oliveira Salazar

José Icaro Nunes Cruz

Alice Mascarenhas dos Santos

Jamison Vieira de Matos Júnior

Ricardo Ferreira Leite

Guilherme do Espírito Santo Silva

DOI 10.22533/at.ed.9132027085

CAPÍTULO 6..... 42

HIPERUTILIZADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERFIL E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Kerellyn Follador

Alana Becker

Vanessa Aparecida Gasparin
Aldarice Pereira da Fonseca
Lucimare Ferraz
Davi Patussi Lazzari
Fernanda Canello Modesti

DOI 10.22533/at.ed.9132027086

CAPÍTULO 7..... 51

INFLUÊNCIA DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA E ABSENTEÍSMO EM TRABALHADORES DO SETOR SIDERÚRGICO

Michell Vetoraci Viana
Almir de França Ferraz
Danyela Gomes Cabaline Viana
Talita Xavier Clauino
Adalberto Corrêa Júnior
Luis Alves da Silva
Alice Silva Ferreira de Araújo
Rosilene Andrade Silva Rodrigues
Benedito Robson Monteiro de Andrade
Aylton Figueira Júnior

DOI 10.22533/at.ed.9132027087

CAPÍTULO 8..... 65

LEVANTAMENTO DO PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS RESTRITOS AO DOMICÍLIO, POR MEIO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Vânia Ferreira de Figueiredo
Anna Luísa Moreira Melo
Bruno Roberto Coman Fernandes
Felipe Guimarães Campos Fonseca
Georgia de Lima Vieira Carneiro
Lara Azevedo Prais Caldeira Brant
Luiza Storch Carvalho
Maria Elice Nery Procópio
Pedro Machado Batista
Sarah Ferreira Lopes
Simone Aparecida de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.9132027088

CAPÍTULO 9..... 76

LEITURA, CINEMA E RÁDIO COMO ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE

Kárita Misaele Sousa Felipe
Mirelle Fernandes Ferreira
Jonathan Reis da Silva
Gabriela dos Reis
Wanderson Sant 'Ana de Almeida
Kamila Kronit Bastos
Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.9132027089

CAPÍTULO 10..... 80

MONITORAMENTO DE DESCARTE DE RESÍDUOS DE SAÚDE EM HOSPITAL DE ENSINO

Cássia Beatriz Parreira
Keitsilaine Romeiro Mendes
Paula Caroline Carneiro da Silva
Karla de Toledo Candido Muller
Ellen Souza Ribeiro
Ana Lúgia Barbosa Messias
Lorena Falcão Lima
Débora Cardozo Bonfim Carbone
Karine Ferreira da Costa

DOI 10.22533/at.ed.91320270810

CAPÍTULO 11 97

NÉCTAR MISTO DE MARACUJÁ (*PASSIFLORA EDULIS*), COUVE DE FOLHA (*BRASSICA OLERACEA*) E FARINHA DE LINHAÇA (*LINUM USITATISSIMUM L.*): ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO SENSORIAL

Virlane Kelly Lima Hunaldo
Josepha Lays Sousa Lima de Holanda
Adriana Crispim de Freitas
Leonardo Hunaldo dos Santos
Thays Adryanne Lima Xavier
Lara Lima Seccadio
José de Ribamar Macedo Costa
Jaisane Santos Melo Lobato
Sandra de Souza Silva
Eliane de Oliveira Alves
Deniza Pereira da Costa Silva
Gabrielli Nunes Clímaco

DOI 10.22533/at.ed.91320270811

CAPÍTULO 12..... 106

O PAPEL DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

Ana Carolina Sardo de Oliveira Pinheiro
Diego Arthur Castro Cabral
Fernanda Myllena Sousa Campos
Fernanda Protázio Silva
Gabriel Hans Reis Braga
João Paulo do Vale Medeiros
Leonardo Giovanni Castro Cabral
Maria Clara Pinheiro da Silva
Mariana Cristina Santos Andrade

DOI 10.22533/at.ed.91320270812

CAPÍTULO 13..... 113

O SIGNIFICADO DO PROTAGONISMO SOCIAL NA VIDA DE JOVENS MULHERES: UM OLHAR A PARTIR DAS REDES SOCIAIS

Bruna Maiara Giraldi

Gabrielly Bos de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.91320270813

CAPÍTULO 14..... 131

OS FATORES BIOPSSICOSOCIAIS DE UM TRABALHADOR: ESTUDO DE CASO DE UM PROFISSIONAL CAMINHONEIRO

Dorisleine dos Santos Souza Vieira

Fasila Nazaré Lobato Pinheiro

Tháís Alves Barbosa

Nelson Kian

DOI 10.22533/at.ed.91320270814

CAPÍTULO 15..... 142

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: IMPACTOS E REPERCUSSÕES DA TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE

Luís Felipe Ferro

DOI 10.22533/at.ed.91320270815

CAPÍTULO 16..... 161

PROCESSAMENTO E AVALIAÇÃO SENSORIAL DE GELEIA DE MAMÃO COM COCO BABAÇU

Virlane Kelly Lima Hunaldo

Gabrielli Nunes Clímaco

Adriana Crispim de Freitas

Leonardo Hunaldo dos Santos

Thays Adryanne Lima Xavier

Romário de Sousa Campos

José de Ribamar Macedo Costa

Jaisane Santos Melo Lobato

Lara Lima Seccadio

Raquel Silva de Sousa

Catarina Gercina de Almeida Aquino Giffony

Sandra de Souza Silva

DOI 10.22533/at.ed.91320270816

CAPÍTULO 17..... 169

PROPOSTA DE AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM SOBRE ATENDIMENTO DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO ADULTO

Camila Evelyn De Sousa Brito

Maicon de Araújo Nogueira

Antonia Margareth Moita Sá

Jurcileya Reis dos Santos

Mayco Tadeu Vaz Silva

Jamilly Ferreira de Sousa

Dayhane Souza da Conceição
Tanymara Xavier de Moraes
Jonatas Monteiro Nobre

DOI 10.22533/at.ed.91320270817

CAPÍTULO 18..... 180

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Roberta Vago Gonzales Dalcumune
Adriene de Freitas Moreno Rodrigues
Luciano Antônio Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.91320270818

SOBRE OS ORGANIZADORES.....195

ÍNDICE REMISSIVO..... 197

CAPÍTULO 15

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: IMPACTOS E REPERCUSSÕES DA TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 23/06/2020

Luís Felipe Ferro

Universidade Federal do Paraná -
Departamento de Terapia Ocupacional –
Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas
<http://lattes.cnpq.br/7839809383749925>

RESUMO: Embora a previsão da participação popular no controle das ações públicas no campo da Saúde encontre respaldo constitucional e em diferentes legislações já no final da década de 1980, múltiplas dificuldades são presentes cotidianamente no Controle Social. Para paralelamente, evidencia-se em contexto brasileiro opções públicas pela transferência da gestão e execução de algumas de suas atividades por meio da ampliação de parcerias com Associações e fundações. O presente artigo pretende apresentar reflexões sobre a influência dos processos de terceirização no Controle Social no campo da Saúde. Para tanto, as reflexões tomarão suporte junto à experiência de 5 anos no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e no desenvolvimento da pesquisa “Controle Social em Saúde Mental: Possibilidades de construção da cidadania”. Multiplicação de espaços deliberativos e dificuldades de fiscalização por conselheiros de Saúde; diminuição do poder deliberativo dos Conselhos de Saúde; comprometimento do Controle Social pela fragilização das relações profissionais;

ampliação do poder de determinadas instituições contratadas e desrespeito a diretrizes que guiam as ações públicas, são alguns dos apontamentos apresentados que comprometem de maneira enfática o exercício do Controle Social.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Cidadã, Controle Social, Saúde Coletiva, Política Pública, Terceirização

POPULAR PARTICIPATION AND SOCIAL CONTROL: IMPACTS AND REPERCUSSIONS OF OUTSOURCING HEALTH

ABSTRACT: Although the popular participation in the control of public actions in the health field finds support in Brazilian's Constitution and in a sort of legislations since the 1980s, many difficulties are present in Social Control. In parallel, it is evident in the Brazilian context public options by the transfer of management and execution of some of its activities through the expansion of partnerships with Non Governmental Organizations (ONGs) and Foundations. This article aims to present reflections about the influence of outsourcing processes in social control in the health field. Thus, the reflections take support in the 5 years experience in the Municipal Council of Health of Curitiba and the development of the research “Social Control in Mental health: citizenship construction possibilities”. Multiplication of the deliberative spaces and difficulties of control by health advisers; decreased of the deliberative power of the Health Councils; impairment of Social Control by the weakening of labor relations; the increase of the power of certain contracted institutions and the disregard to the guidelines of

public actions are some of the notes presented that compromise emphatically the exercise of Social Control.

KEYWORDS: Citizen Participation, Social Control, Public Health, Public Policy, Outsourced Services

INTRODUÇÃO

Diferentes movimentos sociais, vivenciados em contexto brasileiro a partir da década de 1970, proporcionaram a conquista da promulgação de legislações destinadas a garantir a participação da população no controle das ações públicas (CECCIM, 2007; CÔRTEZ, 2002).

A partir deste cenário, o campo da Saúde afirmou, enquanto uma das diretrizes do SUS, o Controle Social, proporcionando estrutura para o acompanhamento e composição de ações e políticas públicas por diferentes segmentos da população. Enquanto proposta organizativa do Controle Social, a lei 8.142/90 estabeleceu duas instâncias colegiadas: Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990).

As Conferências de Saúde, realizadas no máximo a cada 4 anos, configuram-se como espaços que congregam diferentes segmentos sociais para a elaboração de propostas que direcionem a composição de ações e políticas públicas, voltadas a responder problemáticas sociais vivenciadas no campo da Saúde.

De caráter permanente e deliberativo, os Conselhos de Saúde, por sua vez, possuem a atribuição de atuar "... na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros" (BRASIL, 1990). Segundo a previsão legislativa, estas instâncias colegiadas apresentam em sua composição a paridade entre representantes de usuários (50% das vagas) e segmentos de profissionais da saúde (25% das vagas), gestores e prestadores de serviços (25% das vagas). A lei 8.142/90 afirma, ainda, a necessidade da existência dos Conselhos e Conferências de Saúde nas diferentes esferas de governo: municípios, Estados e Federação. Alguns municípios, dependendo de sua extensão e processo histórico, contam, ainda, com Conselhos e Conferências Locais e Distritais de Saúde.

Embora a previsão legal da participação popular no controle das ações públicas em Saúde encontre apoio na Constituição de 1988 e tenha sido regulamentada em 1990, o exercício do Controle Social ainda apresenta diferentes dificuldades. Embora com especificidades loco-regionais, as barreiras são múltiplas e se fazem presentes de maneira generalizada nas regiões brasileiras: falta formação e pouca mobilização popular para o Controle Social; relações hierarquizadas e linguajar tecnocrático dentro dos Conselhos e Conferências de Saúde; baixa resolubilidade destas instâncias, etc. (CÔRTEZ, 2009; COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Em movimento paralelo, o Brasil da década de 1990 presenciou o processo de reforma administrativa do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1998), tendo como foco a

transferência da gestão e execução de algumas de suas atividades por meio da ampliação de parcerias com Organizações Não Governamentais e fundações estatais. Tal opção gerencial, presente em panorama contemporâneo, não se apresenta livre de repercussões: facilitação do desvio de recursos públicos; apadrinhamento de instituições; precarização de vínculos empregatícios; entre outros, são algumas das problemáticas frequentes (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999; FARIA; ARAÚJO, 2011; WEICHERT, 2009).

Neste contexto, é intenção deste material apresentar reflexões que possibilitem uma discussão mais aprofundada sobre a influência, no controle social, de um fenômeno observado com frequência na atualidade junto ao desenvolvimento das ações públicas em saúde: o da *terceirização*. As reflexões tomarão suporte junto à experiência de 8 anos no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e no desenvolvimento da pesquisa “Controle Social em Saúde Mental: Possibilidades de construção da cidadania”, aprovada em 2011 pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, sob o número CEP/SD 1103.028.11.04.

TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NO CONTROLE SOCIAL

Sem a pretensão de esgotar o tema, apresentando marcos jurídicos ou formas estruturais de composição das parcerias entre Estado e seus diferentes parceiros (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999; FARIA; ARAÚJO, 2011; WEICHERT, 2009; PINTO; FRANCO; MERHY, s/d; CONASS, 2012; TRALDI, 2003), resignar-se-á aqui a delinear, inicialmente, um breve histórico sobre a questão para, em seguida, analisarmos, à luz da experiência vivenciada no município de Curitiba, algumas possíveis influências desta opção política para as práticas de controle social no campo da Saúde.

Cabe, antes de qualquer argumentação, uma exploração inicial do conceito de terceirização. Segundo Teixeira (2006, p.21),

Terceirização é a contratação de serviços por meio de empresa, intermediária (interposta) entre Tomador de serviços e a mão-de-obra (...). A relação de emprego se faz entre o trabalhador e a empresa prestadora de serviços, e não diretamente com o contratante (Tomador) destes.

É um procedimento administrativo que possibilita estabelecer um processo gerenciado de transferência, a terceiros, da atividade-meio da empresa, permitindo a esta concentrar-se na sua atividade principal.

Interessa a este artigo o foco no âmbito da terceirização dos serviços públicos. Para tanto, utilizar-se-á definição aplicada por Alcântara e Castor (1999, p.26):

...terceirização de um serviço público pode ser considerada modalidade de parceria em que determinadas atividades de um ente público são transferidas a fornecedores particulares, conservando-se, entretanto, o controle estatal sobre quantidade, qualidade e preço dos bens e serviços fornecidos.

Haja vista a profundidade da discussão, Traldi (2003, p.139) é assertiva ao afirmar que

...a compreensão do processo de transferência da execução de serviços públicos ao terceiro setor é importante para evitar as simplificações de análise que podem tanto gerar distorções que levem à reprovação da política de parceria *a priori* quanto ao seu endeusamento como resolução de todos os problemas para a área da saúde.

É fato que a história social da saúde no contexto brasileiro, eminentemente prévia ao SUS, já demonstrava, naquela época, o aporte de um modelo pautado na contratação de serviços privados de saúde.

O SUS foi erguido a partir das ruínas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja lógica e estrutura funcional se baseavam na contratação de serviços privados de assistência à saúde. Antes do advento do SUS, o Poder Público pouco investiu em serviços próprios, tendo estimulado a iniciativa privada a constituir serviços de assistência médica que contavam com a garantia de serem contratados pela autarquia. (...) Com a implantação do SUS, o projeto constitucional era de reversão desse processo. O Estado deveria desenvolver atividades de promoção da saúde, inclusive de assistência curativa, com estruturas públicas. A manutenção de contratos e convênios com os serviços privados que compunham a rede do INAMPS deveria ser paulatinamente revertida, na medida em que o Estado implantasse a sua própria rede de serviços. ¹⁰ (WEICHERT, 2009, p. 83).

O Brasil, contudo, inicia nos anos de 1990 uma reforma administrativa, tomando como base uma tendência mundial adotada por “países de capitalismo avançado, desde o final dos anos 70 do século XX” (TRALDI, 2003, p.1). Traldi (2003) expõe em detalhes alguns dos interesses que permearam o pano de fundo da opção por tal reforma.

No campo econômico, as modificações introduzidas no curso das políticas, na década de 80, já apresentaram um significativo impacto com a abertura dos mercados brasileiros ao exterior, eliminando o protecionismo de alguns setores (...). Essa medida não foi tomada isoladamente e teve o intuito de introduzir no país um modelo ultraliberal de políticas econômicas apresentadas naquele momento pelos técnicos do Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Mundial (BM), como o caminho que garantiria mínimas condições econômicas e de mercado para a inserção dos países em desenvolvimento – aqueles que mais dependem dos recursos dos financiamentos oferecidos por essas mesmas instituições – no contexto da globalização. (TRALDI, 2003, p. 19-20).

A aposta dos defensores destas ações era que, ao passo da sua implantação em qualquer país, seria observada a ampliação de sua taxa de crescimento e diminuição da pobreza, haja vista o desenvolvimento do fluxo de capital e do crescimento das exportações¹³.

Isso não ocorreu e a pequena diminuição da pobreza que se verificou em alguns países – como o Brasil – foi reflexo da redução nas taxas de inflação acompanhada de um pequeno crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e não da distribuição da riqueza. (...)

A orientação neoliberal na adoção de políticas econômicas ortodoxas baseadas nas premissas do consenso de Washington é considerada por muitos autores como responsável direta pela agonia financeira e social pela qual passam os países da América Latina. (TRALDI, 2003, p. 20-1).

É com a delineação breve de tal pano de fundo que se resgatará, aqui, direcionando o foco à saúde, a opção brasileira pela reforma administrativa vivenciada na década de 1990 BRESSER-PEREIRA, 1998). Tal reforma, propulsionada na época pelo atualmente extinto Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), sob o comando do ex-ministro Bresser Pereira, visava implementar novas formas de gestão e promover a modernização da máquina administrativa. Um grande impulso para contemplar a Reforma do Estado se deu por meio da aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), o qual teve como

...Um dos pontos estratégicos (...) a aprovação do “Programa Nacional de Publicização”, aprovado pela Lei 9.637, de 15 de Maio de 1998. Esta lei autoriza o Poder Executivo a transferir a execução de serviços públicos e gestão de bens e pessoal públicos, a entidades especialmente qualificadas, quais sejam, as Organizações Sociais, ressaltando-se que alguns estados tenham legislado conforme sua competência, dando à lei estadual as adaptações cabíveis. (CONASS, 2012, p.2).

A reforma pretendida, a qual se vem vivenciando paulatinamente no campo da saúde em contexto contemporâneo, encontra respaldo nas leis: 9790 de 23 de março de 1999, que prevê a possibilidade de parcerias entre Estado e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); 9.637 de 15 de Maio de 1998, que prevê a existência e a forma de funcionamento das Organizações Sociais (OS); das fundações estatais, previstas na administração pública deste 1967, por meio do Decreto-Lei n. 200, alterado pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, e pela lei n. 7596 de 10 de abril de 1987. Como informado, não é de interesse deste material o aprofundamento sobre a legislação referente a cada uma das possibilidades de estruturação das ações públicas/parcerias, nem o estudo pormenorizado de sua viabilidade legal ou a apresentação de jurisprudência quanto ao tema. Para compor a sorte de argumentações propostas, focar-se-á em algumas questões importantes no que tange à ampliação das possibilidades de ações do Estado e suas parcerias. Ao final cada ponto será exposto o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde sobre o tema, advindo do Jornal do CNS de novembro de 2007 (CNS, 2007).

A defesa quanto à necessidade da Reforma do Estado e da abertura aos diferentes funcionamentos e possibilidades de parcerias se sustenta na proposição de uma gestão

mais dinâmica e eficaz da coisa pública. Segundo diferentes autores (ALCÂNTARA; CASTO, 1999; TRALDI, 2003; NASSUNO, 1997), a falta de agilidade para compras de produtos, advindos da burocracia própria aos processos licitatórios, as dificuldades para a contratação ou mesmo demissão profissional, o estímulo à “...implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidades dos serviços prestados” (IBAÑEZ et al., 2001, p.392) são pontos base da argumentação da advocacia pela necessidade do estabelecimento de parcerias com estas entidades. Pinto, Franco e Merhy (s/d, p.3) tomam partido, nesta vertente, em defesa das propostas de edificação de ações públicas contando com as fundações estatais e alegam que

...a Fundação Estatal é Estado, não tem nada que ver com privatização e terceirização. Sua propriedade é pública, sua direção e gestão são públicas, está subordinada aos órgãos públicos de sua área de atuação, aos controles públicos externos e internos, às leis que regulamentam as instituições públicas de seu setor de atuação (leis 8080 e 8142 no caso da saúde), aos princípios da administração pública, seus recursos são públicos e seus trabalhadores são servidores públicos. Para além, as parcerias ainda poderiam proporcionar melhor atenção ao usuário do SUS por conta da expertise que algumas destas instituições possuíam em determinadas áreas da saúde.

Na cidade de Curitiba, atualmente, vivencia-se no campo da saúde mental uma experiência oportuna. Até 2012, a gestão do município destinou foco ao estabelecimento de parcerias com Associações, as quais realizavam a contratação dos profissionais que trabalhavam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reservados ao cuidado na Saúde Mental, do Município. Alguns dos CAPS tinham, ainda, a figura da autoridade sanitária para gerenciá-lo. O cargo era tomado por uma servidora da prefeitura, a qual recebia um acréscimo no salário, por meio de comissão, para realizar a função.

Frente a este quadro, o Ministério Público do Trabalho movimentou um processo contra a prefeitura, ficando a mesma, a título de pagamento de multa de R\$10.000,00 por profissional encontrado trabalhando nestas condições, incumbida de transformar a forma de contratação profissional na área de Saúde Mental do município. Tal processo foi apresentado à Comissão de Saúde Mental no mês setembro de 2013.

A gestão de 2013 a 2016, logo, com a intenção de enfrentar a fragilidade das contratações e dos vínculos profissionais pelas ONGs, se propôs a realizar estudo sobre a viabilidade da contratação profissional pelo regime estatutário e pelo regime celetista, este por meio de Fundação Estatal. Tal trabalho tomou corpo junto a uma subcomissão específica, a qual a gestão fez questão de estarem presentes representantes da comissão de saúde mental, vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de Curitiba.

A opção da gestão, desta forma, foi pela contratação profissional por meio da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), com abertura de concursos públicos. Ponto a ser destacado: a FEAES apresentava à época vigência de concurso anterior voltado à contratação de profissional para a área hospitalar do Hospital

do Idoso Zilda Arns (HIZA). Os profissionais, dada a emergência da situação, foram convocados para trabalho nos CAPS de maneira a responder os preceitos da lei 8112/90, a qual regulamenta os concursos públicos, para que, então, novo seletivo pudesse ser aberto.

Para além, o novo concurso foi realizado de maneira bastante rápida, contando unicamente com uma prova sobre o tema da saúde mental. Este processo acabou por não priorizar ou mesmo pontuar de forma qualquer a experiência dos profissionais que já realizavam o trabalho nos CAPS comprometendo, com isso, a continuidade de seu exercício profissional (a não ser nos casos que tais profissionais lograram a aprovação no concurso).

Descrita a transição vivenciada, focar-se-á de forma analítica sobre alguns pontos deste processo.

A crítica quanto às dificuldades da gestão pública, desferida de maneira acertada quanto à demora e encargo burocrático para a compra de equipamentos, aponta a necessidade de uma gestão mais dinâmica e que possa responder de prontidão a essas demandas. Tal crítica ainda é mais incisiva no tocante a hospitais e locais que necessitam urgentemente de materiais. Pinto, Franco e Merhy (s/d, p.2), embora advogando com exclusividade quanto à proficiência das Fundações Estatais em contexto contemporâneo, explicitam tal mazela:

A Fundação Estatal é parte da Administração Indireta do Estado e foi pensada como uma instituição especializada para a prestação de serviços públicos à população. Foi desenvolvida a partir de vários estudos que envolveram a Escola Nacional de Saúde Pública e que identificaram diversos entraves administrativos, legais e de gestão dos Hospitais Públicos que dificultavam sua agilidade na contratação de pessoal e na compra de insumos, medicamentos e equipamentos, que resultavam em gastos desnecessários e que não contribuía para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

A transferência de recursos para parceiros da prefeitura, sejam Associações ou Fundações Estatais, torna o processo menos moroso e possibilitam certa agilidade. Tanto as compras como as contratações pelas entidades, contudo, não podem não seguir o caminho institucional próprio às ações do governo. Pinto, Franco e Merhy (s/d, p.2), ao tomarem como foco a análise das parcerias por meio das Fundações Estatais, relatam:

Ela [Fundação Estatal] difere de uma autarquia (...) porque, assim como as Empresas Estatais, está subordinada ao código civil (chamado direito privado) no que diz respeito às compras, contabilidade e gestão de pessoal. No caso das compras está subordinada à lei das licitações (8.666), mas pode editar regime próprio e especial, o que lhe confere mais agilidade. No caso do orçamento e contabilidade, goza de muito mais autonomia e agilidade no uso dos recursos que administra, o que lhe dota de grande capacidade de enfrentar situações não previstas. No caso da gestão de pessoal, o vínculo é "celetista" assim como nas empresas estatais, o que lhe permite: fazer planos de emprego, carreira e salários específicos e adequados tanto ao serviço

prestado quanto às características dos profissionais necessários; ajustar a remuneração, as avaliações de desempenho e a gestão do trabalho de modo ágil de acordo com as negociações realizadas com os trabalhadores; realizar concurso público num tempo muitíssimo inferior ao necessário na administração direta, por não ter que prever o gasto no orçamento global do respectivo ente federado e nem pedir autorização à respectiva casa legislativa, ou seja, se tem recurso suficiente, pode fazer imediatamente o concurso.

Se, por um lado, a agilidade e flexibilidade advindas de tal forma de parceria podem dinamizar o trabalho de gestão dos serviços de saúde, por outro se instaura uma forma de burlar todo um maquinário socialmente estabelecido para fiscalizar a verba pública, abrindo, com isso, margem para facilitar o desvio de recursos. No que tange ao controle social, tal opção incrementa a dificuldade do acompanhamento dos gastos públicos.

Em Curitiba, os gastos realizados diretamente pelo município estão descritos em um portal com transparência e boa acessibilidade. A FEAES, por sua vez, descreve seus gastos em portal próprio, com várias necessidades de melhoria. Embora a agilização advinda das parcerias mereça ressaltar, a opção da contratação abre uma margem que compromete, desmonta e desvalida toda uma construção de formas de controle dos gastos públicos, edificada com base em uma experiência social aplicada a inibir e/ou expor desvios de recursos.

Se, para o cidadão participante dos Conselhos de Saúde, o encargo de acompanhar os gastos públicos já é por deveras oneroso, acompanhar os gastos em diferentes locais, com diferentes formas de transparência, demonstra-se sobre-humano, ainda mais com a limitação de recursos humanos própria aos espaços de controle social.

Em que se fundamenta o posicionamento do CNS



A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Confira abaixo alguns exemplos de situações semelhantes:



Autonomia x Engessamento

Argumenta-se que “a fundação estatal promoveria autonomia e flexibilidades gerenciais e administrativas para bem gerir os serviços públicos de saúde, ante um Estado pesado, burocrático e engessado”. A Constituição Federal de 1988 já estabelece essa flexibilidade. Falta apenas regulamentar a questão, sendo desnecessário, portanto, a criação de qualquer outro instrumento jurídico.

Constituição Federal, art. 37, Inciso XXI, § 8º

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha como objetivo a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à

lei dispor sobre:

I – o prazo de duração do contrato;

II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III – a remuneração de pessoal.

Fig. 1 – Posicionamento do CNS - Autonomia X Engessamento

Por sua vez, talvez o bálsamo frente às críticas à terceirização possa encontrar terreno na argumentação sobre a contratação profissional. Em trabalho anterior (FERRO et al., 2013), destacamos o intenso fluxo dos profissionais nos CAPS de Curitiba, fruto de relações de trabalho precárias, próprias à contratação que o município proporcionava pela parceria com as ONGs. Naquele registro, as contratações eram constituídas por salários baixos, sem plano de carreira ou qualquer estabilidade. A gestão da época, ainda, destinava grande parte das capacitações somente aos servidores estatutários do município, negando por vezes aos profissionais contratados pelas ONGs a possibilidade de participar de capacitações. Alcântara e Castor (1999, p.27) ainda reforçam alguns dos pontos negativos advindos do direcionamento da terceirização: “...intensificação do absenteísmo diário, profissionais desqualificados, alta rotatividade, diferenças de treinamento e até a ocorrência de roubos”.

A questão, contudo, é mais problemática no que tange ao controle social. A instabilidade própria a esta sorte de contratações compromete a participação cidadã dos profissionais nos espaços de controle social. De maneira mais clara e incisiva: Como um profissional, com vínculo de trabalho precarizado e sem qualquer garantia de estabilidade conseguiria defender, dando honra a seu juramento ético-profissional, os interesses de usuários, expondo claramente as chagas do sistema de saúde em que trabalha? Quais seriam as represálias contra um profissional com maior militância?

Diferentes autores expõem a precarização e as fragilidades do vínculo profissional advindo da opção por formas de terceirização dos serviços da saúde (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999; FARIA; ARAÚJO, 2011).

Diante do exposto, acredita-se que essas mudanças [terceirização] por si só sinalizam para a necessidade de transformações relacionadas à gestão dos recursos humanos no SUS, a começar pela forma de inserção no serviço, respeitando-se os direitos trabalhistas e garantindo proteção social, passando pela formação/qualificação profissional, chegando à democratização das relações de trabalho, em que os trabalhadores sejam reconhecidos como sujeitos responsáveis pela funcionalidade do sistema, capazes de atuarem nos processos decisórios correlatos à organização dos serviços e execução dos cuidados em saúde. (JORGE, et al., 2007, p. 410).

A opção por tal modelo de contratação pode apresentar como mazela o desmonte intenso das mobilizações próprias à categoria dos profissionais da saúde, ampliando tanto suas fragilidades quanto a severidade da repercussão de ações que por ventura desagradem aos interesses do gestor, seja da ONG, seja do município/Estado. Se tal punição poderia comprometer justamente profissionais que não trabalham de maneira adequada, permitindo rápida desvinculação e substituição, por outro poderia restringir de maneira considerável as possibilidades de manobras e estratégias do exercício do controle social por este segmento, ocasionando, com isso, o desmonte da intensidade de movimentos legítimos, como alguns dos já experienciados socialmente, que possibilitaram transformações nos equipamentos, processos de trabalho e mesmo, de maneira mais ampla, nas políticas públicas da Saúde.

A preocupação quanto à garantia do exercício democrático pelos profissionais da saúde é também reiterada pelo Ministério da Saúde em 2006 por meio do Programa Nacional de desprecarização do trabalho no SUS. O material, ao apresentar a visão do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) sobre a questão, expõe:

Em relação à Desprecarização do Trabalho, nossa posição [CONASEMS] é clara: somos contra qualquer vínculo, seja na forma direta ou indireta, que não assegure ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, defendemos uma gestão local que democratize as relações de trabalho, possibilitando que o trabalhador de saúde seja sujeito e protagonista na história de construção do SUS. A gestão deve estimular o processo de sindicalização e a organização do trabalhador no seu ambiente de trabalho e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações. Com a implementação dessas ações, acreditamos estar contribuindo para a implementação de um processo de trabalho calcado nas relações éticas e comprometidas com o atendimento de qualidade à população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 8).

Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo

direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir (...), sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 13).

A opção da gestão de Curitiba de 2013 a 2016 foi pela contratação profissional por meio da FEAES. Essa instituição, embora estabelecendo a contratação de seus profissionais por regime CLT, apresenta configuração diferenciada.

Há ainda o grande ponto da divergência: a questão da estabilidade. Ora, muitas vezes se confunde a CLT no Estado com a CLT numa empresa privada como é o caso de uma padaria ou um salão. No setor público, por incidir os princípios da administração pública (publicidade, moralidade, igualdade, impessoalidade etc.), para contratar há que se fazer concurso público e só pode haver demissão mediante processo administrativo com direito a ampla defesa onde são considerados critérios objetivos e avaliação de desempenho clara e pactuada desde a entrada do servidor no quadro.

Na Bahia, a partir de debates com o movimento sindical foi proposto um modelo de comitês tripartites (gestores, trabalhadores e usuários) de arbitragem dos processos administrativos nos casos de conflito entre o empregador público e o servidor. Trata-se de uma estabilidade relativa que protege o trabalhador do mal gestor, mas sem deixar de proteger o usuário do mal trabalhador, e isso é fundamental para a legitimidade do serviço e do servidor público. (PINTO; FRANCO; MERHY, s/d, p.4).

Embora nesse regime a estabilidade não seja premissa legal, tanto processo de contratação quanto de demissão podem se dar de maneira mais clara e proporcionar maior segurança ao profissional e, com isso, menor desarme desta categoria para o exercício do controle social.

Para além, ainda, cabe o aprofundamento sobre a estrutura legislativa da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), instituída no município pela lei n. 13.663/10 (CURITIBA, 2010), no que tange à composição de seu Conselho Curador e à possibilidade do não respeito à paridade representativa de usuários do SUS:

Art. 6º A Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba terá os seguintes órgãos de direção superior e de administração, respectivamente:
I - Conselho Curador; e

II - Diretoria Executiva.(...)

Art. 7º O Conselho Curador é o órgão superior de direção, controle e fiscalização e constituir-se-á por 9 (nove) membros titulares, sendo:

I - o Secretário Municipal da Saúde, como membro nato;

II - 2 (dois) membros indicados pelo Prefeito Municipal;

III - 2 (dois) membros indicados pelo Secretário Municipal da Saúde;

IV - 1 (um) membro representando os trabalhadores de saúde da Fundação de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba;

V - 1 (um) membro representante de Sociedade Científica da Área da Saúde;

VI - 2 (dois) membros representantes dos usuários do SUS, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde, que não sejam membros do mesmo.

A contratação de profissionais para trabalho em alguns dos CAPS do município pela FEAES apresentou as dificuldades acima mencionadas quanto ao necessário chamamento de profissionais de concursos passados e quanto ao processo seletivo realizado para contratação de novos profissionais, o qual não priorizou ou pontuou em momento qualquer a experiência dos profissionais. A ação da comissão de saúde mental, nesta vertente, haja vista o poder decisório próprio ao conselho gestor da FEAES, foi restrita unicamente ao encaminhamento de uma carta de recomendação a este conselho, solicitando a análise de currículo como parte do processo seletivo e o estudo sobre a viabilidade da estruturação de plano de carreira, de maneira a proporcionar a permanência do profissional nos serviços. O estabelecimento da parceria com a FEAES ressalta o problema do deslocamento dos processos decisórios, abrindo mais uma possibilidade de sombreá-los dos conselhos de saúde.

Em ampliação da discussão, cabe apresentar o recorte da argumentação do Conselho Nacional de Saúde (2007):

Em que se fundamenta o posicionamento do CNS



A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Confira abaixo alguns exemplos de situações semelhantes:



Estabilidade no serviço público

Frete à argumentação conservadora de que “a estabilidade do trabalhador em saúde é um mal, que beneficia quem não quer trabalhar e que se deveria adotar o mesmo tratamento dado aos trabalhadores do sistema financeiro ou do ramo petroquímico estatais”, é necessário fazer uma reflexão. Todos os profissionais, independente da área de atuação, merecem respeito, mas nas relações de trabalho o princípio da equidade também precisa ser observado. Em vários aspectos, as poli-

ticas para o trabalhador devem se atentar às especificidades da tarefa exercida.

Para os profissionais da área da saúde, por exemplo, a estabilidade no emprego é essencial. Isso porque a estabilidade oferece ao trabalhador da saúde a tranquilidade de poder exercer bem o seu ofício, ao perceber que não está refém de mudanças motivadas por questões políticas. E mais: a fixação do profissional facilita a criação de vínculos tanto com o ambien-

te de trabalho quanto com os pacientes, algo essencial para a garantia de um atendimento mais humano e solidário.

Ao contrário da visão difundida, a estabilidade não inviabiliza a punição dos maus profissionais. Mais uma vez se faz necessário o cumprimento do que estabelece a legislação em vigor, há 17 anos, no caso o Regime Jurídico Único do Serviço Público.

<p>Regime Jurídico Único (Lei 8.112/1990)</p> <p>Art. 127 - São penalidades disciplinares:</p> <p>Advertência; suspensão; demissão; cassação de aposentadoria ou disponibilidade; destituição de cargo em comissão; destituição de função comissionada.</p>	<p>Art. 132: A demissão será aplicada nos seguintes casos: crime contra a administração pública; abandono de cargo; inassiduidade habitual; improbidade administrativa; incontinência pública e conduta escandalosa, na repartição; insubordinação grave em serviço; ofensa física, em serviço, a servidor ou a particular,</p>	<p>salvo em legítima defesa própria ou de outrem; aplicação irregular de dinheiros públicos; revelação de segredo do qual se apropriou em razão do cargo; lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio pessoal; corrupção; acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; transgressão dos incisos IX e XVI do art. 117.</p>
---	--	---

Fig. 2 - Posicionamento do CNS – Estabilidade no serviço público

Em que se fundamenta o posicionamento do CNS



A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Confira abaixo alguns exemplos de situações semelhantes:



Mercantilização x Profissionalização

A atual lógica de organização, estruturação e funcionamento do SUS, inclusive com uma nítida política de desvalorização e desestímulo salarial dos profissionais, promoveu uma efetiva mercantilização nas relações de trabalho. Essa situação só será revertida a partir do fortalecimento do setor público estatal; da superação da lógica do pagamento a partir de tetos financeiros e de procedimentos; e da priorização de ações de prevenção e promoção da saúde executadas por equipes multiprofissionais, buscando reduzir a demanda pela alta complexidade.

O Conselho Nacional de Saúde reconhece, no entanto, que é necessário, nesse momento emergencial, evitar a adoção de medidas que possam institucionalizar e tornar um caminho sem volta nesse insustentável processo de mercantilização, que propõe o benefício de alguns poucos em detrimento da grande maioria dos profissionais, como é o caso da proposta de fundação estatal. Nesse sentido, a atual legislação, totalmente sintonzada com os princípios da Reforma Sanitária, deve ser definitivamente implementada.

Concurso Público com estabilidade no emprego e avaliação permanente, fundamental para se contrapor ao processo de descompromisso e leilão de remuneração profissional, na

perspectiva de se construir uma relação que tenha como eixo fundamental o vínculo profissional-serviço-cliente.

Plano de Cargos, Carreiras e Salários, de acordo com as Diretrizes Nacionais do PCCS do SUS, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Diferentemente da proposta de PCCS por serviço, incorporada na Fundação Estatal e que desvaloriza e desestimula profissionais com a lógica de "salários de mercado", defende-se pisos nacionais por nível de escolaridade, estímulo à dedicação exclusiva, interiorização e a qualificação, bem como observância a situações específicas que hoje são demandadas em função da realidade estabelecida. São medidas a serem adotadas na perspectiva de criação e implantação da carreira SUS como carreira de Estado.

Responsabilidade tripartite pela contratação e remuneração da força de trabalho a partir do diagnóstico da necessidade da equipe multiprofissional em todo o País e de promoção de concursos públicos nacionais.

Art. 37, § 2 da Constituição Federal - "A União, os Estados e o Distrito Federal manterão escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores públicos, constituindo-se a participação nos

cursos um dos requisitos para a promoção na carreira, facultada, para isso, a celebração de convênios ou contratos entre os entes federados."

Art. 37, § 5º da Constituição Federal - "Lei da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios poderá estabelecer a relação entre a maior e a menor remuneração dos servidores públicos, obedecido, em qualquer caso, o disposto no art. 37, Inciso XI."

Art. 27, Inciso I da Lei 8.080/90 - "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."

Art. 27, Inciso IV da Lei 8.080/90 - "Valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde."

Gestão do Sistema e Gerência dos Serviços democratizadas com a instituição de processos de profissionalização, de Conselhos Gestores e de outros espaços, que permitam o fim da ingerência político-fisiologista e possibilitem a participação efetiva de usuários e trabalhadores nas decisões que digam respeito ao funcionamento dos serviços da rede SUS.

Fig. 3 - Posicionamento do CNS – Mercantilização X Profissionalização

Os pontos reservados para o desfecho deste item são os mais complexos. Carneiro Jr., Nascimento e Costa (2011) e Alcântara e Castor (1999) citam, como uma das argumentações utilizadas por defensores da terceirização, a lógica da concorrência enquanto possibilidade da promoção da competição entre os prestadores e sua suposta relação com o aumento da eficiência da prestação dos serviços e diminuição de gastos. Alcântara e Castor, contudo, afirmam ser:

...necessário lembrar que a terceirização, por si só, não é garantia de eficácia e eficiência. É importante, sempre que possível, que esteja presente a competição entre os prestadores de serviço, aumentando o poder de escolha do comprador. Em alguns casos, empresas privadas são tão ineficientes quanto as públicas (...). A competição entre os prestadores estimularia a eficácia e a eficiência. (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999, p.27).

Traldi (2003) ainda destitui a veracidade da argumentação neoliberal quanto à possibilidade de abertura a iniciativas/entidades diversas, as quais viriam a concorrer entre si para a conquista da parceria com o Estado proporcionando, com isso, melhores serviços de saúde. Segundo a autora, a terceirização dos serviços públicos cria um mercado protegido para os parceiros, protegendo estas instituições dos riscos do mercado.

O exemplo mais evidente desse tipo de privatização (...) foi o PAS em São Paulo, que teve todas as garantias e benesses de uma cooperativa, mas foram, efetivamente, administradas no sentido oposto – sua administração seguiu as regras de uma empresa privada -, e tinham receita garantida pelo Estado, não necessitando se preocupar com a concorrência do mercado. (TRALDI, 2003, p. 47).

Neste sentido, as argumentações quanto aos benefícios para a saúde, proporcionados pela concorrência, não demonstram veracidade em atual quadro social. Para além, tal configuração monta outra sorte de preocupações, Traldi (2003, p.130-1) aponta:

Na assistência à saúde das populações indígenas da Amazônia, as cerca de 60 organizações não governamentais assumiram integralmente as funções desempenhadas até recentemente pela Fundação Nacional da Saúde – Funasa. (...) A terceirização de 100% das atividades relacionadas à assistência à saúde dos indígenas deu a essas organizações o poder de veto na implementação de determinadas ações dos programas de saúde, como demonstram as declarações do atual Diretor de Saúde Indígena da Funasa, Ricardo Chagas. Para ele, o poder dessas organizações é, atualmente, suficiente não só para definir políticas de saúde, mas para alterar aquelas já estabelecidas como a aplicação de vacinas, pois "...algumas das ONG(s) têm restrições antropológicas à vacinação de índios ou à aplicação de cloro na água das reservas" (...).

Responsáveis integralmente pela assistência à saúde da população indígena, as ONG(s) constituem-se em um poder paralelo, podendo interferir decisivamente nos rumos da política de saúde, descaracterizando o poder do Estado e invertendo o papel atribuído à sociedade civil na elaboração de políticas públicas, uma vez que o sentido do público está sendo subjugado pelos interesses privados das entidades...

Embora as demandas democráticas possam ser edificadas em espaços de discussão próprios ao controle social, ao exemplo das Conferências de Saúde, o fortalecimento exacerbado de instituições prestadoras de serviços pode significar, ao detrimento da cessação da atenção proporcionada por tal instituição, o descompromisso destas entidades com tais determinações. Ou seja, nesta vertente tanto gestor quanto população poderiam ficar subjugados pelo poder social que tais instituições portariam, as quais poderiam se negar a realizar determinados procedimentos/ações por não coincidir com seus princípios ético-morais-institucionais. Neste sentido, a premissa neoliberal da redução da máquina Estatal no que tange à prestação de serviços, para destinar seu foco à sua fiscalização e controle, correria o risco eminente da inexistência.

Cabe citar, ainda para alicerçar esta argumentação, um exemplo não tão distante para metropolitanos quanto o da população indígena ressaltado por Traldi. As comunidades terapêuticas, equipamentos previstos pela atual Rede de Atenção Psicossocial, encontram-se em imensa maioria vinculadas gerencialmente a instituições religiosas e, em muitos destes espaços, suas propostas apresentam direcionamento de cunho religioso. Pois bem, o Estado é e deve ser laico e, operacionalmente, tal premissa se apresenta às comunidades terapêuticas, conforme previsto na portaria 131 de 26 de janeiro de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A mesma portaria, ainda, impõe às comunidades terapêuticas formas de funcionamento bastante vinculadas aos demais pontos da rede de saúde, procurando direcionar sua atuação. Contudo, as parcerias junto a estes equipamentos, atualmente, apresentam dificuldades para atender às determinações das portarias, sendo objeto de constantes negociações e embates entre a gestão do Estado, associações e movimento da saúde mental e as entidades que gerenciam as comunidades terapêuticas.

Seria ingenuidade supor que o interesse das entidades filantrópicas na parceria com o Estado se devesse unicamente ao bem público. (...) O aumento dessa influência no sistema poderia levar a um conseqüente aumento de poder sobre o direcionamento das políticas públicas, tal como está ocorrendo na prestação da assistência às populações indígenas na Amazônia, cujos serviços foram totalmente privatizados. (TRALDI, 2003, p. 163).

Em conclusão às argumentações pretendidas neste trabalho, cabe a reflexão sobre um mais um ponto em defesa da terceirização.

O financiamento de programas sociais, em grande medida, continuaria sendo responsabilidade do Estado, mas a nova política abre a possibilidade de obtenção de subsídios diretos provenientes da sociedade civil como doações particulares e de empresas. (TRALDI, 2003, p.39-40).

À vista rápida, tal argumento pode soar equivocadamente promissor: transpor-se-ia grande burocracia, abrindo algumas ações públicas (realizadas por Associações e/ou Fundações) aos investimentos de indivíduos ou empresas, os quais, indubitavelmente, proporcionariam maior ingresso de capital e, com isso, melhoria nos serviços. Talvez o Estado pudesse até mesmo diminuir o investimento em determinado hospital, agora bem equipado pela verba privada, investindo em outras áreas de maior emergência e desamparo.

Como epílogo reflexivo, as seguintes perguntas são imprescindíveis: A quais interesses as instituições públicas que recebessem grandes doações advindas de indivíduos, empresas ou grupos empresariais responderiam? Como garantir a função primeira do Estado na condução, orientação, fiscalização e controle das ações públicas neste contexto? Como garantir que interesses privados não invadam de maneira ditatória, travestida pela benevolência, os espaços públicos? Como garantir que as demandas democráticas sejam cumpridas, tendo como pano de fundo este turvo panorama? Como

garantir o Controle Social destas instituições?

CONCLUSÃO

A Reforma administrativa do Estado, a desburocratização da máquina pública, a ampliação da agilidade e da dinamicidade da gestão, têm sido demandas afirmadas em diferentes âmbitos sociais como necessidade para ampliar a qualidade das ações públicas. Contudo, parece ser preocupante o caminho da terceirização tal como posta atualmente no que tange ao controle social, à transparência e, especialmente, à clareza quanto aos interesses plurais (muitas vezes mercantis e individualistas) que permeariam e possivelmente tomariam importante poder decisório frente às ações públicas.

Neste contexto, uma compreensão mais aprofundada das práticas da terceirização deve incluir em seu espectro de ponderações não somente a análise de seus impactos em atendimentos e serviços oferecidos à população ou nas possibilidades de desvio de recursos, mas a todo um feixe sensível que poderia abater de maneira negativa uma das diretrizes essenciais para o funcionamento do SUS: o Controle Social.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C. M.; CASTOR, B. V. J. Processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 33, n.6, p.25-40, 1999.

BRASIL. Lei nº **8.142**, de 31 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. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; COSTA, Ieda Maria Cabral. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de Estudos Universitários*, Sorocaba, SP, v. 33, n. 1, p. 29-48, jun. 2007.

CNS. Fundação Estatal: Entenda o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde. *Jornal do CNS*, 2007. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

CONASS. *Gerência de Unidades Públicas de Saúde: Organização Social, Fundação Estatal e Parceria Público Privado*. 2012 nov. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/02/NT-40_2012-Gerencia-de-unidades-p%C3%BAlicas.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

CÔRTEZ, Soraya Vargas (org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 208p.

CÔRTEZ Soraya Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, v. 4, n. 7, p.18-49, 2002.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.419-38, 2009.

CURITIBA. Lei nº 13.663, de 29 de março de 2010. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAÚJO, Maristela Dalbello. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. *Mediações*, Londrina, v. 16, n.1, p.142-156, Jan./Jun. 2011.

FERRO, L.F.; WUDARSKI, A.C.; HARTWIG, M.L.; SANTOS, A.R.; MORETTO, T.A.B.; TREVISAN, A.R.; DIAS, A.C.; COLLEY, H. A terceirização dos serviços de saúde mental: o CNES como instrumento de pesquisa. In: I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial do SUS, 1., 2013, Pinhais, *Anais... Pinhais: Paraná*, 2013.

IBAÑEZ, Nelson et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; NOGUEIRA, M.E.F.; MOREIRA, T.M.M.; MORAIS, A.P.P. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto contexto - enferm.*, v.16, n.3, p.417-25, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas - Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

NASSUNO, M. Organização de usuários, participação na gestão e controle das organizações sociais. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 48, n.1, jan./abr. 1997.

OLIVEIRA, Milca Lopes de; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-53, mar. 2009.

PINTO, Hêider Aurélio; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias Merhy. Fundação Estatal e o Fortalecimento da Capacidade de Ação do Estado. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fundacao-estatal-fortalecimento-capacidade-acao.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

TEIXEIRA, P.H. *Auditoria e controles de terceirização*. Curitiba: Maph, 2006.

TRALDI, M. C. *Políticas Públicas e Organizações Sociais: O controle social na terceirização dos serviços de saúde*. Campinas, São Paulo. Tese (doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003. 233p.

WEICHERT, Marlon Alberto. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 81-97, Mar./Jul. 2009.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Absenteísmo 11, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 63, 150
Ambiente virtual de aprendizagem 13, 169, 170, 172, 177, 178, 179
avaliação sensorial 12, 13, 97, 101, 104, 161, 165

B

Babaçu 13, 161, 162, 163, 165, 166, 167
Brassica oleracea 12, 97, 98, 100

C

Cacau 10, 5, 6, 7
Caderneta de saúde da pessoa idosa 11, 65, 67, 75
Caminhoneiros 133, 134, 136, 140
Cinema 11, 76, 77, 78
Controle social 13, 142, 144, 149, 150, 151, 152, 156, 158, 159, 160

D

Descarte de resíduos 12, 80, 81, 83, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 94
Diabetes Mellitus 12, 106, 107, 109, 110, 111, 112
Doenças Crônicas Não Transmissíveis 14, 100, 180, 192, 193, 194

E

Educação em saúde 10, 12, 9, 10, 13, 79, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 178, 186, 188
Escola De Saúde Pública 10, 17
Estratégia de intervenção 10, 42
Estratégia Saúde da Família 14, 180, 182, 183, 185, 190, 192, 193
Extensão universitária 12, 106, 107, 108, 112, 195

F

Fatores biopsicossociais 131, 133

H

Hospital de ensino 12, 80, 89

I

Idosos 11, 46, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 109, 195
Idosos restritos ao domicílio 11, 65, 66

L

Leitura 9, 11, 13, 33, 76, 77, 120, 172

Linhaça 12, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104

Linum usitatissimum 12, 97, 98

P

Passiflora edulis 12, 97, 98, 105

Prevalência 11, 42, 44, 45, 48, 51, 52, 54, 59, 60, 61, 64, 72, 73, 118, 136

Protagonismo social 13, 113, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129

Q

Qualidade de vida 11, 6, 10, 30, 45, 47, 48, 53, 54, 61, 66, 72, 73, 76, 77, 79, 106, 108, 110, 111, 132, 138, 181, 188

R

Rádio 11, 76, 77, 78, 79, 138

Redes sociais 13, 113, 118, 119, 120, 122, 171

Representação social 188

Ressuscitação Cardiopulmonar 13, 169, 170, 175, 178

S

Saúde do trabalhador 23, 54, 61, 131, 133, 137, 140, 141

Saúde Pública 10, 1, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 49, 50, 79, 96, 136, 148, 159, 180, 181, 183, 191, 193, 194

Síndrome Metabólica 11, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59

T

Terceirização 13, 132, 142, 144, 147, 150, 151, 155, 156, 157, 158, 159, 160

Terceiro setor 10, 9, 13, 145



U

UTI 10, 35, 36, 37, 38, 39, 40

UTI humanizada 35, 39, 40


Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br