



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARCELLA YUMI DA ROCHA TAKESHITA

CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: determinantes da
“universalização excludente” em curso

BELÉM
2014

MARCELLA YUMI DA ROCHA TAKESHITA

CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: determinantes da
“universalização excludente” em curso

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dra. Olinda Rodrigues

BELÉM
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Takehita, Marcella Yumi da Rocha, 1987-
Caminhos da política de saúde no Brasil:
determinantes da "universalização excludente"
em curso / Marcella Yumi da Rocha Takehita. -
2014.

Orientadora: Olinda Rodrigues da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal
do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicada,
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social,
Belém, 2014.

1. Saúde pública - Brasil. 2. Política
governamental - Brasil. 3. Política pública -
saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 362.10981

MARCELLA YUMI DA ROCHA TAKESHITA

CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: determinantes da
“universalização excludente” em curso

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Pará.

Local e data da defesa: Belém (PA), 27 de junho de 2014.

Orientadora:

Prof.^a Dra. Olinda Rodrigues
UFPA

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sandra Helena Ribeiro Cruz
UFPA

Prof.^a Dra. Maria Valéria Costa Correia
UFAL
(Examinadora Externa)

BELÉM
2014

Dedico este trabalho à pessoa que mais me deu força para ser alguém na vida e que me mostrou que estudar e perseguir um objetivo vale à pena. Obrigada, meu Tesouro!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, maravilhoso e sempre fiel, a quem devo a minha vida, meus desejos, meus objetivos, minhas alegrias e minhas tristezas. Sem a presença constante Dele, nada disso seria possível, não tenho dúvidas. Muito obrigada, Senhor!

À **Universidade Federal do Pará** e à **CAPES** pelo espaço e apoio financeiro indispensáveis a realização deste trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPA** por oportunizar o acesso aos conhecimentos imprescindíveis a qualquer assistente social comprometido com a leitura crítica da realidade e com a mudança.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Olinda Rodrigues**, pela paciência, incentivo e por sábia e humildemente ter dividido comigo seus conhecimentos. Por ter, antes de tudo, aceitado me orientar, e por ter acreditado que este trabalho tinha potencial. Obrigada, professora! Tenha certeza que a senhora é parte fundamental de eu ter continuado minha caminhada neste mestrado.

À **Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia**, da Universidade Federal de Alagoas, pela humildade admirável em aceitar analisar este trabalho nas suas duas etapas decisivas. A honra em tê-la nessa jornada desafiadora é indescritível. Minha grande admiração profissional se estende, agora, à admiração como pessoa. Muito obrigada mesmo! Suas contribuições enriqueceram demais meus estudos e a minha visão de mundo como assistente social.

À **minha família**, em especial ao meu pai **Shigero**, que não mediu esforços para que eu pudesse ter acesso a uma universidade pública de qualidade, garantindo que minha educação fosse a melhor possível, mesmo que isso significasse a abdicação de sua própria educação. Por ter acreditado sempre em mim e investido também suas expectativas e preces, obrigada do fundo do coração. Jamais esquecerei isso.

À **minha família de coração**, dona Antonia, seu Rui, tia Regina, Nana, Vinícius, Júnior, Gisele, Marcelo, Marcellly, Rogério, Bia, Bianca. Todos vocês são especiais e

importantes na minha vida. Esta etapa profissional só teve sucesso porque tenho uma família que amo e me dá forças para continuar, mesmo que não com palavras, mas com atos que significam muito pra mim, estejam certos disso. Agradeço à Deus todos os dias por fazer parte dela. Acredito que toda conquista difícil, quando abençoada por Ele, produz as recompensas mais incríveis possíveis. Conviver com vocês é assim: incrível! Obrigada!

Ao **meu Tesouro**, que acreditou em mim no momento mais difícil, mais difícil mesmo, que me resgatou e me fez enxergar que a vida de verdade é feita de muitos momentos dolorosos, mas que se perseverarmos e lutarmos dia após dia a vitória será certa. Alguém que me comprovou que o sol sempre brilha depois de uma tempestade, por mais poderosa que ela seja. Um instrumento de Deus em minha vida, alguém que jamais esquecerei, aconteça o que acontecer. Amor meu, não tenho palavras para agradecer. Obrigada demais!

Enfim, **a todos** que contribuíram direta ou indiretamente nesta etapa que finalizo, mas que será um impulso para uma nova jornada, na certeza de que continuarei escrevendo no livro da minha vida e reconhecendo o apoio daqueles que estiverem a meu lado, obrigada!

“Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos [otimismo e pessimismo] e os supera: sou pessimista com a inteligência, mas otimista com a vontade. Em cada circunstância, penso na hipótese pior, para pôr em movimento todas as reservas de vontade e ser capaz de abater o obstáculo.”

Antonio Gramsci

RESUMO

O interesse deste estudo foi, de modo geral, poder identificar como o modelo privatista influenciou as ações da política pública de saúde no Brasil, como se deram os impactos da política macroeconômica neste sentido. Um dos pontos chave a ser verificado gira em torno da desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde, com a não concretização da universalidade, gerando um processo denominado “universalização excludente”. Esse processo que consiste na migração de usuários do SUS para as operadoras de planos de saúde privados contribui para a mudança da racionalidade da saúde como *direito* para a racionalidade da *eficiência*, a racionalidade burguesa. Parte-se do referencial da Reforma Sanitária brasileira, como um marco da luta dos movimentos sociais pela democratização no país e como ponto inicial do reconhecimento da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, buscando fazer um resgate histórico deste movimento. Tem, ainda, como referência o pressuposto da minimização da atuação do Estado no trato às políticas sociais e a interferência direta de grandes organismos financeiros internacionais na condução do modo de fazer política de saúde, a exemplo do Banco Mundial. Esta consiste em uma pesquisa qualitativa, de cunho teórico, com o objetivo de proporcionar subsídios para a discussão do tema da política de saúde no Brasil, bem como promover e ampliar o debate teórico acerca da função que o Estado desempenha no modo de pensar e executar essa política.

Palavras-chave: Política de saúde; “universalização excludente”; Estado.

ABSTRACT

The interest of this study is, in general, to identify how the privatized model influenced the actions of public health policy in Brazil, also how it gave the impacts of macroeconomic policy in this regard. One of the key points to be checked revolves around the inequality of the population access to health services, the non-occurrence of universality, generating a process called "excluding universality". This process consists of the migration of the SUS users for operators of private health insurance that contributes to the change of the rationality of health as a right for the rationality of efficiency, bourgeois rationality. The Brazilian Sanitary Reform was a landmark of the struggle of social movements for democratization in the country and a starting point the recognition of health as a right and duty of the State; because of that, we sought a historical survey of this movement. It also has reference to the assumption of the minimization of state action in dealing with social policies and direct interference of international financial institutions on how the State makes health policy, such as the World Bank. This study consists of a qualitative research, with theoretical nature, with the goal of providing subsidies to the discussion of health policy in Brazil, as well as promote and expand the theoretical debate about the role the State plays in thinking and executes this policy.

Key-words: Healthy policy; "excluding universality"; State.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O ESTADO, O CAPITALISMO E A POLÍTICA DE SAÚDE	14
2.1 REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE ESTADO	14
2.2 CONTRIBUIÇÕES DE GRAMSCI AO CONCEITO DE SOCIEDADE CIVIL E SUA UTILIZAÇÃO NA ATUALIDADE	18
2.3 AS TRANSFORMAÇÕES CAPITALISTAS E A POLÍTICA DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO	26
3 POLÍTICA SOCIAL: ASPECTOS FUNDAMENTAIS PARA A COMPREENSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	33
3.1 ELEMENTOS DA GÊNESE E DOS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOCIAL EM UM CORTE CRÍTICO	33
3.2 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL	39
3.3 A POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA NA CONTEMPORANEIDADE	41
3.4 A INTERFERÊNCIA DE ORGANISMOS FINANCEIROS INTERNACIONAIS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS: “INVASORES” OU “CONVIDADOS”?.....	43
4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	45
4.1 BREVE HISTÓRICO DAS LUTAS PELA SAÚDE NO BRASIL	45
4.2 MOVIMENTO DE RESISTÊNCIA E LUTA PELA SAÚDE: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	46
4.2.1 Antecedentes históricos ao Movimento	46
4.2.2 O Movimento da Reforma Sanitária brasileira	49
4.3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL APÓS A REFORMA SANITÁRIA	52
5 A “UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE” DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	55
5.1 ASPECTOS FUNDANTES DA “UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE” NA SAÚDE E RETRATO DOS REBATIMENTOS.....	55
5.2 A RACIONALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	64
5.3. A NEGAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA JUDICIALIZAÇÃO.....	66
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho, que tem como título “CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DETERMINANTES DA ‘UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE’ EM CURSO”, consiste no resultado de inquietações, reflexões e dúvidas quanto ao crescente processo de mercantilização da saúde pública brasileira. Reflete o esforço de procurar compreender e problematizar questões relevantes na seara da política social no Brasil, em especial a da saúde, num momento em que o desmonte dos direitos sociais se acirra e as investidas do capital se tornam cada vez mais ferozes.

O interesse deste estudo foi, de modo geral, poder identificar como o modelo privatista influenciou as ações da política pública de saúde no Brasil, como se deram os impactos da política macroeconômica neste sentido. Um dos pontos chave a ser verificado gira em torno da desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde, com a não concretização da universalidade, gerando um processo denominado “universalização excludente”. Esse processo que consiste na migração de usuários do SUS para as operadoras de planos de saúde privados contribui para a mudança da racionalidade da saúde como *direito* para a racionalidade da *eficiência*, a racionalidade burguesa. Parte-se do referencial da Reforma Sanitária brasileira, como um marco da luta dos movimentos sociais pela democratização no país e como ponto inicial do reconhecimento da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, buscando fazer um resgate histórico deste movimento. Tem, ainda, como referência o pressuposto da minimização da atuação do Estado no trato às políticas sociais e a interferência direta de grandes organismos financeiros internacionais na condução do modo de fazer política de saúde, a exemplo do Banco Mundial. Esta consiste em uma pesquisa qualitativa, de cunho teórico, com o objetivo de proporcionar subsídios para a discussão do tema da política de saúde no Brasil, bem como promover e ampliar o debate teórico acerca da função que o Estado desempenha no modo de pensar e executar essa política. Sua estrutura estará disposta mais adiante.

A política de saúde pública no nosso país possui uma gênese crítica, onde um movimento importante buscou levantar a bandeira da democratização e lutou ativamente por esse ideal: o Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Considerado como o ponto de partida para as reflexões desta pesquisa, este

movimento consistiu em uma das formas mais genuínas de representação da sociedade civil conforme Gramsci anunciara, onde os trabalhadores da área da saúde se organizaram em prol de um ideal coletivo até o momento em que a saúde foi reconhecida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado.

No que concerne ao papel do Estado, procurou-se aqui também identificar como este ente se comporta frente às maneiras de fazer política de saúde no país, bem como alguns aspectos de sua gênese e da influência direta do capitalismo em sua transfiguração de instituição que tem o dever de garantir e proporcionar meios públicos para a efetivação da política de saúde, para uma espécie de “sócio minoritário” dos investimentos neste setor (e também em outros).

Metodologicamente, este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, realizada através de pesquisa teórica bibliográfica e documental, cujo objetivo foi aprofundar as discussões acerca do tema proposto (Barros & Lehfeld, 2000). Segundo Minayo (2004a), esta metodologia permite aprofundar o caráter do social presente na questão a ser problematizada, privilegiando o fenômeno da transição, da mudança, do vir-a-ser sobre a estabilidade.

Por compreender que a pesquisa social aborda um nível de qualidade que não pode ser expresso por números, não pode ser quantificado, é preciso evidenciar que o homem se caracteriza não só pelo agir, mas também pelo pensar sobre seu agir e interpretar sua ação. Partindo de uma abordagem crítica, objetivou-se ultrapassar o que está posto no imediato, passando a analisar as mediações e aspectos históricos inerentes ao processo de constituição e implementação da política pública de saúde no Brasil (MINAYO, 2004b).

Partindo desses apontamentos, o trabalho está organizado da seguinte maneira. O capítulo 2 (dois) irá tratar das reflexões do conceito de Estado e a influência do modo de produção capitalista na condução da política de saúde. Compreender como o Estado vem se organizando e se diferenciando ao longo do tempo, considerando os momentos históricos do surgimento das primeiras formas de proteção social, são formulações imprescindíveis para a compreensão da temática proposta. Outro aspecto evidenciado nesta seção consiste no resgate do conceito de sociedade civil em Gramsci, com o reflexo de seu entendimento acerca do Estado ampliado, que mais adiante nos servirá de base para sinalizarmos algumas modestas propostas de modificação da realidade controversa em que se encontra hoje nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda neste capítulo poderemos

visualizar alguns aspectos da transformação do capitalismo e como essas alterações incidem diretamente no modo de fazer política de saúde no Brasil.

Na seção seguinte, no capítulo 3 (três), discutiremos alguns aspectos fundamentais da política social para compreendermos melhor a política de saúde. Para tanto, dispomos de reflexões sobre a gênese e os fundamentos da política social em um corte crítico, passando pelos Estados de Bem-Estar social vivenciados no continente europeu, e também pelas primeiras investidas no sentido da proteção social. É preciso salientar que para a compreensão da gênese da política social, precisamos relacioná-la à centralidade do trabalho nesse modo de produção excludente, e que, nesse sentido, são os trabalhadores que passam a lutar por medidas de proteção social mais efetivas, não se contentando com as tímidas que estavam à disposição no século XIX.

Na sequência desse capítulo, passamos a discutir a política social brasileira, levando em consideração alguns aspectos importantes que influenciaram a sua configuração no Brasil, como o tipo de colonização (de exploração), a criação do Estado nacional e a independência em 1822, aspectos esse que, em geral, culminaram em uma abertura econômica mais evidente no país, fazendo com que as desigualdades sociais começassem a se fazer cada vez mais presentes na vida dos brasileiros. As medidas de proteção social até a década de 1930 no país foram fracas. Discutimos neste capítulo como as lutas trabalhistas brasileiras do início do século XX proporcionaram a ampliação do debate da necessidade de políticas sociais, debate esse que se acirrou a partir da década de 1970, em que o mundo passava por uma forte crise capitalista. A partir de então, se iniciava a era da interferência direta dos organismos financeiros internacionais na condução da política de saúde e alguns apontamentos também são dados a esse respeito.

Passando ao capítulo subsequente, o capítulo 4 (quatro), adentramos mais propriamente na seara da Reforma Sanitária, identificando seus principais determinantes. Iniciamos com um breve histórico das lutas pela saúde no Brasil, apresentamos os antecedentes históricos ao movimento e como se deu o processo que culminou na institucionalização da saúde como direito social de todos e dever do Estado. Em seguida, ainda nesta seção, são feitas considerações acerca da realidade da política de saúde na contemporaneidade, após a Reforma Sanitária, o que ficou de legado e o que não foi contemplado.

O capítulo que trata da “universalização excludente”, o capítulo 5 (cinco), consiste no esforço de trazer à discussão elementos da dialética que permeia a saúde no Brasil, que perpassa por dois projetos existentes para o modo de fazer políticas de saúde: um que segue os princípios da Reforma Sanitária e outro que leva em consideração os ditames privatistas. Ressalta ainda, a existência de um terceiro projeto, o projeto do “*SUS possível*”, que procura aglutinar elementos dos dois projetos anteriores, e que dá indícios de cooptação das lideranças da Reforma Sanitária a fim de refuncionalizar os princípios do SUS à moda da iniciativa privada. Este capítulo ainda faz referência à racionalidade da política de saúde brasileira, evidenciando a preferência atual pela racionalidade burguesa.

Por fim, realizo minhas considerações finais acerca do tema, apresentando algumas sugestões de soluções possíveis para o resgate dos ideais da Reforma Sanitária brasileira no sentido da defesa de um SUS 100% público, gratuito e de qualidade.

2 O ESTADO, O CAPITALISMO E A POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE ESTADO

Para entender a política de saúde é necessário recorrer a alguns elementos fundamentais, dentre eles o papel do Estado e sua configuração inserida na dinâmica complexa do sistema capitalista. Fernandes (1978), ao organizar as principais ideias de uma obra fundamental de Lenin, *O Estado e a Revolução*, destacou a importância de se pensar o Estado dentro da realidade deste sistema. Nesse sentido, importa dizer que o pensamento político de Lenin foi construído a partir do desafio do capitalismo em sua fase imperialista. Ele partiu do legado que Marx e Engels deixaram sobre o tema, de onde é extraída a constatação de que o Estado é um produto do antagonismo inconciliável das classes.

Partindo desse pressuposto dos fundadores do socialismo científico, Lênin destaca que o Estado Liberal configura uma força que se coloca acima da sociedade com o objetivo de amortecer os conflitos no sentido de estabelecer a ordem, o que significa que deve atuar nos conflitos de interesses existentes entre as classes. Assim, a existência do Estado prova que as contradições de classe são, de fato, inconciliáveis, tendo em vista a subjugação de uma classe à outra (LENIN apud FERNANDES, 1978).

Além disso, há outro agravante: o Estado também age no sentido de ser um instrumento da exploração da classe oprimida. Lênin também trata do fato de que, ao necessitar frear os conflitos entre as classes, o Estado se configura como uma ferramenta da classe mais poderosa, economicamente e por consequência politicamente dominante. Tais características fazem com que essa máquina construa novos meios de oprimir a classe dominada (LENIN apud FERNANDES, 1978).

Vale lembrar que não foi somente no período antigo ou feudal que isso ocorrera. Assim também ocorre no Estado representativo moderno, que se apresenta como instrumento de exploração do capital sobre o trabalho assalariado. Porém, não podemos esquecer que as lutas de classes procuram funcionar como um termômetro das forças, momento em que o poder público adquire certa independência e atua como um árbitro dessas lutas (FERNANDES, 1978). Mais adiante será ilustrado um movimento de luta, a Reforma Sanitária brasileira, que exemplifica bem esta situação.

Lênin já sinalizava no início do século XX que o imperialismo e o reinado dos Bancos apresentariam as estratégias de dominação da riqueza que seriam utilizadas: partindo da análise dos postulados de Engels, destacou dois pontos, que seriam: 1) a corrupção pura e simples dos funcionários; e 2) a aliança entre o Governo e a Bolsa. Esses dois elementos, sinaliza ele, acabaram por se mesclar no imperialismo no sentido de se manter a onipotência da riqueza. O que poderemos vislumbrar mais adiante é a semelhança das ações dos grandes organismos financeiros internacionais na interferência direta que produz na condução das políticas sociais em todo o mundo, em especial na saúde brasileira.

Ao se aprofundar nas ideias de Engels, Lenin enfatiza que este Estado como viveu em sua época e como vemos hoje (com exponenciais modificações), nem sempre existiu. Ele nasceu da necessidade em consequência da divisão da sociedade em classes, como decorrência do desenvolvimento econômico em escala cada vez mais crescente. Nesse sentido, Engels sinaliza que, assim como as classes surgiram, estas desaparecerão à medida que a sociedade for capaz de reorganizar a produção “sobre a base da associação livre e igual de todos os produtores” (ENGELS, apud FERNANDES, 1978).

Tanto para Marx e Engels, como para Lenin, o Estado está fadado a “morrer”, mas não sem antes passar por uma fase transitória. Consideram que esta configuração do Estado é fictícia, tendo como base a sociedade burguesa, que sofre alterações em suas diversas materializações ao redor dos continentes, mas que permanecem em sua maioria sob o mesmo ponto de vista capitalista. A fase de transição histórica agora assinalada está no sentido da passagem do capitalismo para o comunismo, que só poderá ocorrer mediante a ditadura revolucionária do proletariado. Ocorre que, com a influência massiva do ideário capitalista e das condições perversas que deixa ao trabalhador assalariado, a maioria necessita se preocupar com a sobrevivência em meio à miséria e por consequência se encontra afastada da vida política e social.

Ao partir das ideias de Marx e também de Lenin, um personagem importantíssimo na história da análise da configuração do Estado foi Gramsci, que procurou refletir a realidade histórica de seu tempo, no cenário do século XX, que ficou conhecido como o século do desenvolvimento do Estado, de seu “protagonismo” em relação à sociedade (LIGUORI, 2003).

Gramsci apresentou em seus *Cadernos* o conceito de “Estado ampliado”, mas antes disso corroborou com Marx e seus seguidores a ideia de que o Estado é a expressão da situação econômica, “é a forma concreta de um mundo produtivo” (CC, 1, 428 apud LIGUORI, 2003). Ele é considerado o pensador que melhor conseguiu perceber, no campo marxista, a nova relação entre Estado e sociedade no referido período, e com isso, indicou que a ampliação desse conceito perpassa por dois pontos: a nova relação verificada entre política e economia, e a nova relação entre sociedade política e sociedade civil, entre força e consenso (LIGUORI, 2003).

Além disso, Gramsci ao perceber a evolução do capitalismo para a fase keynesiana, identifica o Estado como um componente que incide diretamente na composição de classe da sociedade, em sua faceta financeira, econômica. Dessa forma, para Gramsci, no século XX, há uma necessária reformulação da relação da esfera política com a esfera econômica, partindo do princípio de que o capitalismo precisa se ajustar às suas próprias crises (LIGUORI, 2003).

O entendimento de Gramsci sobre o Estado perpassa pela compreensão de que existe um esquema triádico: economia – sociedade civil – Estado. Seus esforços foram no sentido de se aprofundar mais no que denomina de “superestrutura”, a saber: a sociedade civil e o Estado. Para ele, a economia seria a “estrutura”, e uma vez assim entendido, o Estado se configura como um “instrumento para adequar a sociedade civil à sociedade econômica” (CC, 1, 324 apud LIGUORI, 2003).

Ainda se alimentando das ideias de Marx e Lenin, Gramsci nos traz à reflexão um ingrediente que se soma à compreensão dos referidos pensadores: a importância dos intelectuais. Para tanto, ele afirma que o Estado também perpassa pela ideia de que se trata de um “equilíbrio entre a sociedade política e a sociedade civil ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas, como a Igreja, os sindicatos, a escola, etc.; e é precisamente na sociedade civil que atuam os intelectuais” (GRAMSCI, 1966 apud LIGUORI, 2003).

Partindo desses pressupostos, podemos inferir, a partir das ideias da tradição marxista e leninista, que o Estado funciona como um instrumento para garantir aquilo que dá seguimento ao capitalismo, a produção. Mas para além disso, Gramsci nos sinaliza que passam a existir, em seu momento histórico, novas “determinações”, que ele compreende como sendo os aparelhos ideológicos. Essas

reflexões consistem na gênese da compreensão de Estado ampliado tal qual ele introduziu nessa temática. Para Gramsci, a ampliação desse conceito diz respeito ao fato de entendermos que esse é um processo que acompanha a elaboração da teoria da hegemonia, como conjunto de força e consenso. Assim,

se deve notar que na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que Estado é = sociedade política + sociedade civil, isto é hegemonia couraçada de coerção) (CC, 3, 254-255). (LIGUORI, 2003).

Dessa forma, podemos inferir que para ele, em seu significado integral, o Estado é “ditadura + hegemonia” (CC, 3, 257 apud LIGUORI, 2003).

De seu conceito de Estado ampliado podemos inferir que o Estado propriamente dito e a sociedade civil são dois momentos distintos, que se encontram em relação dialética. Daí podemos perceber que os sujeitos da história, que são entendidos por Gramsci como as classes sociais, só podem se tornar hegemônicos a partir do momento em que verificam se possuem a capacidade de se tornarem Estado.

Além disso, vale ressaltar que o momento histórico em que Gramsci viveu correspondeu ao período em que o Estado Liberal começava a entrar em crise, o que acabou por gerar novas relações sociais. Essas relações sociais foram percebidas por Gramsci como oportunidade para a ampliação do Estado e socialização da política. Assim, “a esfera política *restrita* (...) cede progressivamente lugar a uma nova esfera pública *ampliada*, caracterizada pelo protagonismo político de amplas e crescentes organizações de massa” (COUTINHO, 1987, p. 65 apud SIMIONATTO, 2004).

Na perspectiva defendida por Gramsci da dissolução paulatina do Estado, principalmente na passagem de ente econômico para ente político, é que se situa a discussão a propósito desta pesquisa no que diz respeito à luta da classe trabalhadora na busca por uma saúde universal e de qualidade, conforme foi visto no movimento de Reforma Sanitária brasileira. Para tanto, é imprescindível que se leve em consideração a afirmação de Gramsci: “é fundamental a superação do Estado enquanto órgão de coerção e manutenção dos privilégios e desigualdades. A democratização das suas funções é ponto essencial e imprescindível” (SIMIONATTO, 2004). Afinal, somente com a construção da chamada sociedade

regulada é que será possível a extinção do caráter coercitivo advindo do Estado e o fortalecimento dos mecanismos da sociedade civil, que são os portadores de hegemonia.

Aqui merece destaque a propósito desta pesquisa, uma passagem que ilustra a lucidez de Gramsci e sua contemporaneidade no entendimento da função do Estado no atual sistema de produção.

Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados (CC, 3, 331). (LIGUORI, 2003).

Tendo em vista essas considerações acerca do Estado, outro elemento importante e inseparável no entendimento desse tema, e que Gramsci também se preocupou em discutir teoricamente é o da sociedade civil. Vejamos as principais características e alguns apontamentos de como esta categoria nos é de fundamental importância para compreendermos a omissão do Estado em certos termos com relação às políticas sociais, e em especial para esta pesquisa, a política social da saúde.

2.2 CONTRIBUIÇÕES DE GRAMSCI AO CONCEITO DE SOCIEDADE CIVIL E SUA UTILIZAÇÃO NA ATUALIDADE

O conceito de sociedade civil para Marx e para Gramsci, em sua acepção moderna, tem como referência os estudos de Hegel, que parte do princípio de uma sociedade civil fora das instituições do Estado. Antes disso, há que se sinalizar que o conceito de sociedade civil em Gramsci apresentou, ao longo da história, interpretações divergentes, e que foram e ainda são utilizadas de formas distintas, até mesmo opostas, dependendo da interpretação que é dada.

Gramsci (*apud* Correia, 2005), sinaliza no Caderno nº 6 que “é preciso distinguir a sociedade civil tal como é entendida por Hegel e no sentido em que é muitas vezes usada nestas notas (isto é, no sentido de hegemonia política e cultural de um grupo social sobre toda a sociedade, como conteúdo ético do Estado) do sentido que lhe dão os católicos [...]”.

Partindo de uma breve análise sobre a concepção marxiana de sociedade civil, temos que esta era entendida como estrutura, fruto das relações sociais que estão diretamente ligadas às relações de produção do sistema capitalista. Assim, pode-se compreender que o termo tem vinculação direta com a primazia do fator econômico que incide nas condições materiais objetivas da população, e que são fruto da contradição básica existente entre capital e trabalho.

Um importante estudioso das reflexões de Gramsci foi Norberto Bobbio que, na década de 1960 se debruçou sobre compreender o sentido gramsciano do termo sociedade civil. Para tanto, partiu das concepções de Marx também como fator influenciador da obra de Gramsci a respeito. Muito da publicidade dessa obra se deve a Bobbio, mas é preciso que se tenha certo cuidado e atenção em sua interpretação.

Embora tenha sido assertivo ao destacar certas diferenças nas conceituações de Marx e Gramsci acerca da sociedade civil, Bobbio cometeu um equívoco ao identificar que Marx partira somente da análise da estrutura e Gramsci somente da superestrutura, esboçando uma espécie de separação entre essas esferas. Vale lembrar que Marx também considerava elementos espirituais e culturais, mas destacava os econômicos como os centrais em sua análise.

Ocorre que Gramsci tomou como ponto de partida as reflexões marxianas sobre a concepção de Estado e sociedade civil, mas buscou ir além, num esforço dialético de imprimir um novo conceito, mais verossímil à realidade em que vivera historicamente. Assim, Gramsci enriquece com novas determinações a teoria marxiana de Estado e conseqüentemente de sociedade civil, a partir de uma aceitação plena do método do materialismo histórico.

A divisão de Gramsci entre Estado e sociedade civil é metodológica e não orgânica. Ele deixa claro nos *Cadernos do Cárcere* que existe uma unidade real entre essas duas esferas. A esfera política também toma seu assento nesta discussão, uma vez que faz parte deste todo dialético, onde historicamente estão todas elas imbricadas na formação da sociedade capitalista. Desta prerrogativa é que se retira o entendimento do que Gramsci denomina “Estado ampliado”. “Para Gramsci, estrutura e superestrutura, economia, política e cultura são esferas ao mesmo tempo unidas e autônomas da realidade” (LIGUORI, 2007, p. 45).

Gramsci não se contrapõe ao conceito de Marx sobre sociedade civil, mas sim vai além tomando por base suas proposições. Entende, desse modo, que a

sociedade civil consiste em lugar sobretudo das relações político-ideológicas, enquanto que Marx destaca o seu caráter econômico. E para amparar esta discussão, Gramsci destaca que foi preciso ir além de Marx também no entendimento do papel da política e do Estado.

Como indicado no início deste tópico, a sociedade civil só pode ser entendida na sua relação com o Estado. Por esse motivo, é necessário afirmar que a configuração deste ente tem suas origens, numa concepção crítica, no conflito que passa a existir entre as classes sociais. “Vale dizer, ele é função do grau de desenvolvimento das lutas de classe em cada formação social” (SADER, 1993 apud CORREIA, 2005).

Dito isso, Gramsci entende por ir além de Marx ao superar a visão reducionista e instrumental do Estado, ao enxergar a relação dialética entre Estado e sociedade a partir do Estado (que consiste no núcleo da sua reflexão), e não a partir da sociedade. E mesmo tendo essas nuances diferentes, ambos concordam que a sociedade civil não é ilibada como alguns tentam propagar na contemporaneidade. Gramsci sinaliza que a história da sociedade civil é a “história do domínio de alguns grupos sociais sobre outros, sendo a trama da hegemonia feita sempre, também, de subordinação, corrupção, exclusão do poder; é a história da luta de classes” (LIGUORI, 2007, p. 47).

Gramsci se esforçou em combater as investidas infundadas de que Marx e Engels indicavam o fator econômico como o único responsável pela predileção do Estado a favor da classe dominante, ao defender os seus interesses. Tais investidas desconsideravam o constante ambiente de contradições existente entre as classes subalternas e a classe dominante. E o Estado deveria dar conta de mediar todos esses interesses. (DIAS, 2002 & GRAMSCI, 2000 apud CORREIA, 2005).

O estudo de Gramsci sobre o Estado engloba a ampliação de seu conceito, mas também agrega à discussão o elemento da hegemonia. Este Estado é o lugar de uma hegemonia de classe, em que há uma contínua formação e superação de ‘equilíbrios instáveis’ entre os interesses do grupo fundamental e os do grupo subordinado, onde prevalecem os primeiros, mas até determinado ponto. Muito das inovações de Gramsci se devem ao fato de ele ter vivenciado novas experiências históricas com rebatimentos importantes para o marxismo do século XX, como a Primeira Guerra Mundial, o fascismo, o keynesianismo que, dentre outros fatores,

passaram a determinar uma nova relação do Estado com a esfera da produção, da organização e racionalização da sociedade.

O diferencial que Gramsci apresenta consiste no resgate da força mobilizadora do marxismo, que enaltecia a importância da iniciativa política e da organização das massas (SEMERARO, 1999). Para tanto, lançou mão de um conceito caro e relevante: o conceito de hegemonia, contrário ao economicismo, e que englobaria as esferas política e econômica.

O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que sejam levados em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas também é indubitável que tais sacrifícios e tal compromisso não podem envolver o essencial, dado que, se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica (GRAMSCI, 2000, p.48).

Partindo do exposto, pode-se compreender que, para este importante autor, a sociedade civil é um momento do Estado ampliado, um espaço de disputas de poder. Não se leva em consideração, para tanto, a visão dualista que contrapõe a sociedade civil ao Estado (concebido como algo intrinsecamente “mau”).

[...] a sociedade civil não é homogênea, é, antes, um dos principais teatros da luta entre as classes em que se manifestam intensas contradições sociais. E a sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada “em última instância” pela base material da sociedade; como tal, não é de modo algum uma esfera situada – como se sustentou nos últimos anos – “além do mercado e além do Estado”. (LIGUORI, , p. 49).

A centralidade da política pode ser percebida nas obras de Gramsci, onde ele utiliza duas conceituações, uma no sentido ‘amplo’ (catarse) e outra em um sentido ‘restrito’. No que tange à força mobilizadora identificada anteriormente, vale dizer que esse sentido ‘amplo’ da política, a catarse, consiste em uma forma de incentivar e dar origem a novas iniciativas (uma práxis autônoma), a partir do momento em que ocorre o que ele chama de “passagem do momento meramente econômico (ou egoístico-passional) ao momento ético-político, isto é, a elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens”. Essa passagem culmina

na prevalência do interesse universal sobre o interesse particular (GRAMSCI, 1999 apud CORREIA, 2005).

No que diz respeito ao sentido 'restrito' da política, segundo as ideias de Coutinho (1994), Gramsci faz uma crítica negando a abstração da natureza humana e destaca o aspecto da inserção do homem em um conjunto de relações sociais historicamente determinadas, partindo da relação da política com a totalidade e a história. Além disso, esse autor ainda demonstra que a divisão entre governantes e governados resulta da divisão da sociedade em classes.

Assim, entender a sociedade civil em Gramsci significa entender os novos determinantes sociais vivenciados por ele, principalmente no que diz respeito à Itália pós I Guerra Mundial, a consolidação de regimes totalitários e demais acontecimentos históricos que começavam a imprimir profundas mudanças econômicas e políticas no cenário europeu. Tais fatores, aliados ao crescimento do fascismo na Itália, fizeram com que Gramsci passasse a considerar a cultura e a sociedade civil como elementos fundamentais na construção da nova hegemonia política (SEMERARO, 1999 apud CORREIA, 2005).

Torna-se necessário, assim, tendo em vista os aspectos ressaltados, anotar que Gramsci vale-se de um esquema triádico, formado por economia – sociedade civil – Estado. Nesse sentido, ele sinaliza que “entre o Estado e a estrutura econômica e o Estado com sua legislação e sua coerção, está a sociedade civil [...]; o Estado é o instrumento para adequar a sociedade civil à sociedade econômica (CC, 1, 324)” (LIGUORI, 2003).

Nesse aspecto, também é preciso identificar que o Estado, enquanto instrumento para garantir as condições da produção, possui outras determinações relevantes mas geralmente esquecidas, que são os aparelhos ideológicos. Trata-se da criação do consenso, onde à esse Estado convém reunir certos elementos da sociedade civil quando precisa aprovar determinada opinião sobre um destacado tema.

Essa nova forma de compreender o Estado é o que Gramsci denominou como *Estado ampliado*. Este acompanha a elaboração da teoria da hegemonia, como conjunto de força e de consenso. Além disso, Gramsci identifica que:

se deve notar que na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria

possível dizer, de que Estado é = sociedade política + sociedade civil, isto é hegemonia couraçada de coerção) (CC, 3, 244)” (LIGUORI, 2003).

Ainda compreendendo a relação intrínseca entre Estado (ampliado) e sociedade civil em Gramsci, vale ressaltar que essa última consiste em lugar de lutar e atingir a hegemonia. Portanto, o Estado em Gramsci congrega além da sociedade política, a sociedade civil, com seus aparelhos de hegemonia que mantêm o consenso, ou seja, “Estado é todo o complexo de atividades práticas teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...]” (GRAMSCI, 2000 apud CORREIA, 2005). E, para manter o consenso, o Estado incorpora demandas das classes subalternas. No Estado, essas buscam ganhar espaços na sociedade civil na tentativa de criar uma nova hegemonia através da “guerra de posição”.

A sociedade civil em Gramsci deve, por fim, ser compreendida como lugar de afirmação do senso comum, de formulação das consciências, de forma integrada com a sociedade política (LIGUORI, 2003). Trata-se de terreno de disputa de projetos de classe diferentes.

A sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. Por isso, concebê-la sem o corte classista, como não contraditória, homogênea a articuladora de instituições diferenciadas, “tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social” (DIAS, 1996b, p. 115). (CORREIA, 2005).

No que diz respeito à atualidade do conceito de sociedade civil e suas diversas utilizações (inclusive erroneamente atribuídas à Gramsci), é necessário se ter cuidado com a oposição insistentemente proposta por alguns autores entre esse ente e o Estado. A já comentada visão maniqueísta, onde o Estado seria fundamentalmente o mentor das ações “más” e a sociedade civil funciona como uma espécie de possibilidade “redentora” à essa realidade adversa, não possui vinculação direta com as proposições teóricas do pensador sardo (grifos meus).

É sabido que é real a minimização da atuação do Estado frente as demandas das necessidades sociais, em detrimento de seu investimento nas diversas facetas econômicas, e há a necessidade de reversão desse quadro. Entretanto, a alternativa

apropriada dentro da perspectiva crítica defendida por Gramsci não consiste na configuração de um “terceiro setor” (ou propostas similares) que seja capaz de resolver todos os problemas, mas sim o investimento na máquina estatal por entender que seja sua função a de dar respostas a essas necessidades. Outro aspecto importante é destacar que nem todas as ações da sociedade civil são boas e nem todas as do Estado são más, mas existe uma correlação de forças que determina essa luta por poder.

Partindo desse pressuposto, para um resgate fiel da concepção gramsciana de sociedade civil é necessário não somente um rigor ao interpretar as próprias obras de Gramsci, mas também a acurácia teórica e o compromisso com a referência dialética de seus escritos.

Devemos, desse modo, evitar a perda da ideia central da sociedade civil gramsciana, que não sobrevive fora do campo do Estado, a de que esta deve “condensar os esforços sociais dedicados a organizar politicamente os interesses de classe – constantemente fracionados pela própria dinâmica do capitalismo –, cimentá-los entre si e projetá-los em termos de ação hegemônica” (NOGUEIRA, 2003, p. 222).

O que podemos inferir dessas reflexões é que, em tempos de capital fetiche, em que as políticas sociais estão perdendo seu caráter público, conforme veremos mais adiante no que concerne à política de saúde, o conceito gramsciano de sociedade civil consiste no mais adequado para recuperarmos a competência de unir esforços na direção de um projeto coletivo de classe, ao fazer com que o seu caráter democrático ganhe força.

Buscando analisar a atual configuração que o Estado tomou com a globalização do capitalismo, Simionatto (2003) percebeu que a soberania dos Estados nacionais e os mecanismos de regulação e de controle social estão substancialmente modificados. Para ela, as últimas décadas do século XX produziram na vida social alterações advindas da sobreposição das esferas econômica, política e cultural, culminando na necessidade da criação e socialização de novos valores e regras de comportamento. Isso, para Gramsci, incide diretamente na forma de fazer hegemonia, já que para tanto é preciso ultrapassar a forma econômica, atingindo as orientações ideológicas das classes sociais.

Esta autora faz alusão ao fato de que Gramsci nos proporciona ferramentas ainda atuais para entendermos a configuração das nuances do capitalismo, seja na

forma da ideologia, seja no plano cultural, ambos imbricados e guiados pelo neoliberalismo. Destaca ainda que, em Gramsci, é possível inferir que, no contexto da vida pública, ocorre uma conexão direta entre Estado, sociedade e mercado, o que acaba por demandar uma reestruturação das esferas social, econômica, política e cultural.

A cultura antiestado, também identificada por Simionatto (2003), se expressa a partir do momento em que os interesses individuais passam a ganhar espaço em detrimento dos coletivos, no plano ideológico, passando uma falsa ideia de pertencimento e de sociabilidade. Já no plano político, interferências de organizações internacionais em reformas neoliberais passam a ser cada vez mais comuns, trazendo consigo características como supervalorização da sociedade civil, privatização e supremacia do mercado. Partindo desses pressupostos, o Estado vai perdendo força enquanto ente público, fato esse proveniente da desregulamentação e do “ajuste econômico” (SIMIONATTO, 2003).

No Brasil não seria diferente. O Estado burocrático-desenvolvimentista começa a entrar em esgotamento. Passa, então, a ser cada vez mais substituído por frações da sociedade civil, que aglutinam projetos capitalistas, em busca da hegemonia político-econômica desse sistema vigente. Ocorre, assim, o desmonte da esfera pública, com a disseminação da ideia de ineficiência do Estado na condução das políticas públicas (SIMIONATTO, 2003).

Desse modo, a sociedade civil passa a perder o sentido enquanto interesse de classe e absorve, em nome da cidadania, demandas diversas, e acaba se expressando por meio da reinvenção da filantropia e pelo voluntariado. Essas expressões caracterizam a nova roupagem do assistencialismo, mais presente do que nunca, com grandes doses de intervenção da iniciativa privada, configurando essas características o chamado “terceiro setor”. Perdendo todo o sentido dado por Gramsci, essa sociedade civil vê diante de si um Estado tecnocrático que passa a se preocupar em “organizar e educar o consenso”. Esse cenário, enfim, acaba por esvaziar a perspectiva de avanço nas lutas em prol da coletividade, e priorizam enfoques particulares e focalizados, marginalizando a discussão acerca da totalidade social e do próprio sistema de produção como um todo (SIMIONATTO, 2003).

Uma das possíveis conclusões a que se pode chegar ao analisar esse processo é a de que o fato de a sociedade civil, na concepção liberal, estar se

apropriando de diversas expressões da questão social e buscando enfrentá-las e dirimi-las não significa dizer que estamos diante de um movimento organizado em prol de uma vontade política coletiva. Pelo contrário, este movimento consiste numa forma embaralhada e desordenada, sem direção, de luta pela cidadania. É necessário andar na contramão dessa realidade: buscar a interação dessa sociedade civil com o Estado no sentido de garantir a ampla participação nos processos decisórios para o conseqüente alargamento da representação coletiva (SIMIONATTO, 2003).

Diante desse quadro, Simionatto (2003) nos deixa algumas reflexões que podemos encarar como alternativa de resistência. Primeiramente, ao assumirmos as ideias de Gramsci para entendermos a “crise orgânica” do capitalismo contemporâneo, podemos perceber quão importante significa o fato de precisarmos ter a consciência de fato do que consiste uma efetiva posição de classe. Só quando tomamos posse dessa consciência é que somos capazes de enxergar e conceber uma nova concepção de economia, de política, de Estado e de sociedade. E assim, ao unir esses elementos, é possível provocar a desarticulação da ideologia dominante.

Ela ainda acrescenta que não se trata de tarefa fácil, principalmente na realidade latino americana onde há a ausência de uma cultura política, por parte dos subalternizados, capaz de provocar o Estado e a classe dominante no sentido da democracia. Porém, sinaliza e reforça a importância do pensamento de Gramsci na direção da luta revolucionária contra o *status quo*, “uma revolução não pautada em sonhos e ideais, mas na construção paciente, ação tenaz e combativa, processo contínuo que se renova e se transforma”. Assim, é necessário travar uma luta por uma nova hegemonia, em torno de uma reforma intelectual e moral (SIMIONATTO, 2003, p. 287).

2.3 AS TRANSFORMAÇÕES CAPITALISTAS E A POLÍTICA DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO

Para compreendermos melhor a influência do capitalismo sobre a política de saúde é necessário localizar a discussão em seu contexto mais amplo. Bravo (2013) sinaliza que a questão da saúde está inscrita no emaranhado do capitalismo monopolista. Inspirada nos estudos de Marx sobre o Estado e na concepção da

teoria marxista ampliada do Estado elaborada por Gramsci, a autora identifica que o Estado capitalista é relativamente autônomo da classe dominante. E ao relacionar esta instituição com a saúde, ela sinaliza que a maioria das práticas profissionais em saúde está diretamente ligada ao surgimento e desenvolvimento do capitalismo monopolista. Afirma, ainda, que é importante percebermos que a saúde está vinculada às condições de vida e de trabalho da sociedade.

Podemos inferir ainda, segundo a autora, que uma das principais características deste processo é a de que a melhoria das condições de saúde do trabalhador vai possibilitar a obtenção de mais produto em menor tempo de trabalho, ou seja, com menor custo também. E como forma de valorizar o capital aplicado na produção industrial, as práticas terapêuticas são demonstradas como sendo de relevância na distribuição e consumo de mercadorias. Assim, “a Medicina, nesta perspectiva, permite e favorece o deslocamento da ação coletiva, preventiva, para uma ação curativa, individual, que relaciona a cura com o ato de consumo” (BRAVO, 2013, p. 20).

A área da saúde é, desde o início da profissão, um dos setores mais significativos para a atuação do Serviço Social, situação evidenciada pela história da profissão na Inglaterra, Estados Unidos e França. É preciso, então, refletir sobre algumas questões que estão inscritas nesse processo.

As políticas de saúde expressam uma relação de forças sociais ao nível das sociedades concretas. O papel do Estado nesse contexto, em especial o Estado capitalista, seria o de incorporar necessariamente as demandas das classes subalternas, como produto da luta de classes; afinal, a fim de consolidar sua legitimação, precisa considerar totalmente essas necessidades, já que exclui do poder as classes trabalhadoras. Bravo (2013) nos mostra que “a morbidade e a mortalidade ocorrem de maneira diferenciada em virtude da forma de inserção das classes no processo produtivo, acarretando diversificações nas oportunidades de consumo” (BRAVO, 2013, p. 25).

É possível verificar, ainda, que a autora traz um relato de alguns antecedentes históricos importantes no que diz respeito à formação da chamada Medicina Social e do próprio Serviço Social, nos séculos XVIII e XIX.

No século XVIII deu-se um novo avanço nas forças produtivas, com o aparecimento da maquinofatura que permitiu a multiplicação da produtividade do trabalho humano (produção em grande escala) e o aprofundamento da sua

consequente alienação. Já no século XIX, o desenvolvimento crescente do capitalismo na Europa acelerou o crescimento de grandes cidades. Esta acumulação pela via industrial levou a massa trabalhadora à miséria, o que trouxe rebatimentos nas suas condições de saúde (BRAVO, 2013).

Ocorre que as más condições de vida e de saúde da população reduziram a produtividade do trabalho e as revoluções em decorrência de melhorias nas condições de vida acabaram por suscitar a necessidade da intervenção do Estado. “A reprodução do capital necessitava de serviços de saúde eficazes. Tornava-se imperioso criar, nas condições urbano-industriais, um novo estilo de vida que combinasse pobreza e higiene” (SINGER *et al.*, 1978 apud BRAVO, 2013, p. 34). Assim, na segunda metade do século XIX a questão saúde ganha visibilidade e passa a ser entendida como uma questão política governamental importante e estratégica. Há uma ênfase, então, na saúde pública, com ações de saneamento do meio e cuidados primários (ações preventivas e educacionais), principalmente (BRAVO, 2013).

O ideário do Iluminismo influenciou os atores sociais desse momento histórico, partindo de temas básicos como a liberdade, o progresso e o homem, retomando algumas teses do Humanismo. Estas propostas influenciaram as práticas profissionais e possibilitaram novas ações no setor saúde. Os países europeus que mais se destacaram nessa situação foram Alemanha (Medicina de Estado), França (Medicina Urbana) e Inglaterra (Medicina da Força de Trabalho) (BRAVO, 2013).

Na Medicina do Trabalho da Alemanha do século XVIII a ação médica era centrada no controle de saúde da população, sendo a saúde enfatizada pela noção de “polícia médica”, servindo, assim, como instrumento controlador. Bravo (2013), recorrendo a Rosen (1979, p. 169), afirma que a polícia médica correspondia às teorias, políticas e práticas advindas da base política e social do Estado alemão absoluto e mercantilista, a fim de assegurar ao monarca e ao Estado o poder e a riqueza recentes. Assim, na Alemanha, Bismark foi o precursor para o estabelecimento do seguro social compulsório. Tal seguro era de natureza contratual, servindo como mecanismo de reprodução das desigualdades existentes advindas das esferas da produção, mesmo que tivesse certo caráter de política compensatória.

Na França, por sua vez, a Medicina Social tomando a faceta de Medicina Urbana, ocorrida no final do século XVIII, estava baseada no fenômeno da

urbanização e não na estrutura do Estado. O surgimento do proletariado trouxe consigo tensões políticas e as revoltas urbanas se tornaram frequentes, aparecendo com caráter de revoltas de subsistência. Um movimento histórico que influenciou este episódio foi a Revolução Francesa, onde um movimento de ascensão da burguesia ao poder político na França “introduziu no cenário da revolução a questão social, representada pela visualização da pobreza no campo político e manifesta no conteúdo social da ideologia jacobina” (BRAVO, 2013, p. 38). Uma das consequências desse processo foi a de que a caridade religiosa passava a ser substituída pelo dever da assistência da sociedade, diante daqueles que precisavam de auxílio.

A maneira como era conduzida a política de saúde estava centrada na higiene pública e salubridade com o controle político-científico do meio. A medicina científica, do início do século XX, tem origem na experiência da Medicina Urbana francesa.

A terceira experiência sinalizada por Bravo (2013) foi a da Inglaterra, identificada como Medicina da Força de Trabalho, ocorrida no séc. XIX. O diferencial desta forma de política de saúde reside no fato de que os trabalhadores passam a ser entendidos como fonte de perigo, quando adquirem força política com capacidade de questionar e participar de revoltas, transformando-se em sujeito social autônomo. O aspecto recorrente é o de que esses trabalhadores não se tornassem empecilho para a reprodução do capital. Dessa forma, na Inglaterra, a pobreza era considerada um fato individual e era preciso controlar esse problema o mais de perto possível.

Assim, Engels defende que a responsabilidade pelas doenças é atribuída aos determinantes sociais a que estava submetida a classe operária, tais como moradia inadequada, desnutrição, concentração demográfica, dentre outras (WAITZKIN, 1980 apud BRAVO, 2013). Outro destaque neste país foi a Reforma da Lei dos Pobres, em 1834, que trazia a ideia de um novo pensamento e prática em relação à saúde e ao bem-estar social, uma vez que o objetivo imediato era reduzir a taxa de pobres, mas na realidade a intenção era a de criar um mercado livre de mão de obra (BRAVO, 2013).

Diante do exposto, é possível identificar que a Medicina ocorrida no final do século XIX, principalmente na Inglaterra, figurava como uma forma de controle da saúde e do corpo das classes trabalhadoras, tendo sempre em vista o menor perigo

possível ao capital. Bravo (2013) evidencia que a Inglaterra, como palco de grandes transformações mediante a Revolução Industrial, pensou a questão social não somente de forma do que uma camada de indivíduos incapacitados. Verificou-se a necessidade de o Estado se transformar através de maior intervenção e de políticas sociais. Desse modo, o sistema inglês de atenção à saúde

teve como perspectiva a assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e saúde pública a fim de proteger a burguesia dos perigos gerais. A medicina social inglesa permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos: a medicina assistencial destinada aos mais pobres, a medicina voltada para a saúde pública e a medicina privada para os que tinham meios de pagá-la. (BRAVO, 2013, P. 44).

Tais reflexões levantadas pela autora são a base para se compreender melhor a saúde no século XX, com as modificações ocorridas com o capitalismo monopolista. Dessa forma, os últimos trinta anos do séc. XIX formaram um período de acelerado desenvolvimento do capitalismo. Surgem grandes uniões monopolistas através de bancos, trustes e outras modalidades de atividades econômicas, processo esse também entendido por capitalismo imperialista (BRAVO, 2013).

As décadas de 1940 e 1970, sinaliza Medeiros (2008), constituíram os anos dourados do capitalismo. Após esse período, começaram a ocorrer modificações no sistema, como a reorganização da produção e do padrão de acumulação, por exemplo. Assim, houve uma onda longa de desaceleração do capital, que foi confirmada por recessões em países de economia imperialistas, como Japão, França e Itália, por exemplo, até atingir uma recessão de proporção mundial, em 1974/75. Essa fase é conhecida como a terceira fase do estágio imperialista, marcadamente a etapa da acumulação flexível.

Dessa forma, a crise do capital verificada a nível mundial, desencadeou um esgotamento do crescimento verificado no pós-guerra, a crise do Estado de Bem-Estar Social e as metamorfoses no mundo do trabalho. Com a crise da União Soviética, os movimentos dos trabalhadores perderam força, o que estimulou os capitalistas a realizarem reformas. A reestruturação produtiva caracteriza-se basicamente pela acumulação flexível apoiada na também flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e padrões de consumo, todos frutos do processo de intensificação da revolução tecnológica. Como consequências,

identificou-se o aprofundamento das desigualdades e relações de dominação e dependência entre os Estados, aumento do desemprego, dentre outras.

Ocorre que, a partir da década de 1980, em que a mundialização do capital se concretizou, acarretando em inúmeras transformações societárias que perpassam o conjunto de relações sociais, estoura a crise mais aguda do século XX, que apresenta a face do capital fictício. Tal crise atinge a classe trabalhadora “na sua materialidade e repercutiu nas suas condições subjetivas, aprofundando a heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora” (MEDEIROS, 2008, p. 99).

Com a necessidade da gestão da força de trabalho no marco do toyotismo, que exige especialização da mão de obra, teve início um período de embate do grande capital com a classe trabalhadora para quebrar sua resistência e, assim, impor medidas para garantir o aumento da mais-valia (MEDEIROS, 2008).

As estruturas de poder globais, como sinaliza Medeiros (2008), estão geralmente sob gerência de organismos financeiros internacionais, como Banco Mundial (BM), Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), ditando as orientações econômicas e políticas aos países subalternos, assim como administrando suas dívidas internas e externas, sempre no sentido da liberalização e desregulamentação.

A autora comenta ainda a respeito da crise da década de 1990, a partir da qual houve um processo de reestruturação produtiva, que foi mais intensamente verificada e divulgada pelos governos de Thatcher e Reagan com suas políticas de liberalização, privatização e desregulamentação; afinal, era necessário derrubar os entraves que faziam frente à expansão capitalista e ameaçavam a sua hegemonia. Surgia com força arrasadora o neoliberalismo, expresso pela era da globalização, segundo a qual não há fronteira física ou subjetiva que impeça o capital de se expandir exponencialmente. Ianni (1999), segundo Medeiros, nos lembra que, a partir desse momento, há a negação da categoria de totalidade, confrontada com a heterogeneidade e a diferença como forças libertadoras na redefinição do discurso cultural. Tudo isso fica evidente pela massificação da ideologia neoliberal veiculada não somente na academia, mas também pelos meios de comunicação em massa, muitas vezes de forma camuflada. Algumas implicações deste processo são destacadas pela autora: desestatização da economia, privatização de empresas

produtivas e lucrativas governamentais, abertura de mercados, redução de encargos sociais aos assalariados, busca de qualidade total.

Outro ponto importante é a questão dos direitos sociais como patrimônio das lutas dos trabalhadores. Nesse tópico a autora propõe resgatar alguns pontos do Welfare State por simbolizar o conteúdo afirmativo em relação a algumas necessidades humanas da coletividade e a responsabilização estatal.

Diante do exposto, a autora sinaliza que frente à tendência hegemônica que submete à valorização do capital todos os campos da vida social, é necessário reconhecer que este sistema como está construído é incapaz de reverter a condição de miséria de um terço da humanidade. Para tanto, na contemporaneidade, com o objetivo de atingir a constituição dos direitos sociais de fato, há a exigência da intervenção do Estado e a contestação permanente dos pressupostos mercantis para gerir a saúde, educação, segurança social, dentre outros aspectos. Assim, a materialização dos direitos sociais deve ocorrer via políticas sociais (MEDEIROS, 2008).

3 POLÍTICA SOCIAL: ASPECTOS FUNDAMENTAIS PARA A COMPREENSÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 ELEMENTOS DA GÊNESE E DOS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOCIAL EM UM CORTE CRÍTICO

As políticas sociais têm origem nos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção do Estado. Esses movimentos se intensificaram na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, após a Segunda Guerra Mundial (pós-1945).

As formas de proteção social deste período histórico estavam ligadas diretamente ao exercício do trabalho, à obrigação do trabalhador em exercer suas tarefas laborais sem questionamento. Dessa forma, o acesso aos benefícios existentes passava pelo crivo rigoroso de critérios restritivos e seletivos, resultando em um número reduzido daqueles que conseguiam ser beneficiados. Behring e Boschetti (2011) apresentam algumas leis que figuravam no momento pós-1945, exemplificando casos em que a questão da meritocracia era considerada como um dos critérios supracitados, através do que denominaram pobres “merecedores” e pobres “não merecedores”. Os primeiros consistiam naqueles que comprovadamente eram inaptos para o trabalho e aqueles considerados nobres empobrecidos. Os outros configuravam todos os aptos para o trabalho, mesmo que minimamente.

Ainda ao admitir a centralidade do trabalho na discussão acerca da política social, é importante salientar que a necessidade da liberdade e da competitividade na compra e venda da força de trabalho fez com que a então proteção social oferecida à população pobre sofresse regressão. Agora, o trabalhador começa a viver uma situação de “servidão da liberdade sem proteção”, com medidas tímidas e inexpressivas de proteção social, ao passo que o capitalismo crescia em escala de progressão geométrica.

Partindo desse pressuposto, a inevitável relação existente entre política social, questão social e lutas dos trabalhadores é uma questão que deve ser devidamente identificada quando se busca discutir a realidade da política de saúde no Brasil. Ao nos propormos à realização desta pesquisa, partimos do entendimento

que as primeiras reivindicações dos trabalhadores quanto à sua situação de exploração consistem em uma das primeiras expressões da questão social. E em decorrência dessas expressões e lutas, foram configuradas as primeiras nuances do que se entende hoje como política social, por meio de ações pontuais de proteção social, mas que evoluíram para medidas que viabilizam acesso a direitos, buscando os garantir.

A política social reflete a direção política das relações econômicas. Atua frente à combinação específica, imposta pela correlação efetiva de forças, de incentivos à acumulação e ao crescimento, intervindo nas vastas lacunas que derivam do desequilíbrio na distribuição da riqueza, lacunas essas que advêm de mecanismos que operam em favor da acumulação e em detrimento da satisfação de necessidades sociais básicas e das ações de promoção da equidade.

Vale ressaltar que o papel do Estado como fundamental na discussão a respeito da política social tem suas origens nos clássicos, merecendo destaque as postulações de Rousseau que, baseado num Estado de Direitos, prevê a configuração de um Estado cujo poder reside no povo, na cidadania, por meio da vontade geral. A partir desses pressupostos, seria possível limitar os extremos da pobreza e da riqueza na sociedade civil e, aos poucos, buscar substituir o paradigma de que o Estado era uma criação dos ricos para preservar a desigualdade e a propriedade privada.

Como ocorreu nas reivindicações de 1848, a luta dos trabalhadores promoveu uma tensão política e pressionou o Estado a agir. Como decorrência disso tem-se como exemplo a definição legal da jornada de trabalho de 10 horas (ainda que não fosse em forma de lei, mas de exceção) e outras conquistas históricas. Como expressão indefectível de que havia um movimento de classe estabelecido e forte em meados do século XIX, a pressão social exercida fez com que houvesse a possibilidade da expansão das políticas sociais, mesmo a elite burguesa tentando resistir sustentada pelo liberalismo.

Behring (2003) aponta em outro estudo que esse período histórico, o final do século XIX, é visto em consenso como sendo o período de criação e multiplicação das primeiras iniciativas de proteção social, primeiramente na Europa, especialmente na Inglaterra e na Alemanha. Foi no período pós-1945 que se intensificaram as medidas de seguridade social. Isso se deve em parte pelo

surgimento dos Estados de Bem-Estar Social, ocorrido em alguns países da Europa Ocidental.

A intenção estratégica da política econômica keynesiana foi promover o crescimento e o pleno emprego, e a intenção estratégica do Estado de Bem-Estar Social é proteger aqueles que são afetados pelos riscos e contingências da sociedade industrial e criar uma medida de igualdade social. Essa última estratégia se torna viável apenas na medida em que a primeira é bem sucedida, fornecendo os recursos necessários para as políticas de Bem-Estar Social e limitando a extensão das reivindicações relativas a esses recursos.

Merece destaque o Plano Beveridge (Inglaterra, 1942), que aplicando as teorias keynesianas de redistribuição de renda, serviu de base para a reforma da estrutura da previdência social na Inglaterra e em vários outros países, difundindo a perspectiva da seguridade social universalizada que articulava a previdência e a assistência social (SANDRONI, 1992 e BOSCHETTI, 2000 apud BEHRING, 2003).

Ainda sobre o Estado de Bem-Estar Social, registra-se que ele tinha como funções cruciais promover o enfrentamento de algumas necessidades da classe operária, que foram expostas mediante lutas de classe e pelo conflito industrial, dando condições para atender essas necessidades de uma forma mais coletiva. Assim, aliviando conflitos e imprimindo eficiência no trato de algumas das demandas sociais, era intencionado tornar a produção mais regular e previsível, visando estabilizar a economia através da desconexão entre mudanças na demanda efetiva e mudança no emprego. Porém, essas funções se tornaram impossíveis de se realizar com a crise dos anos 70, fazendo com que o Estado de Bem-Estar Social se tornasse impotente com a ascensão do neoliberalismo (OFFE, 1984).

Essa nova hegemonia política, econômica e social, gerada com a crise de 70, consolidou-se de forma muito rápida nos anos subsequentes, principalmente devido à incapacidade do Estado de Bem-Estar Social em responder aos ataques destrutivos de seus oponentes neoliberais e à sua permanente crise fiscal, que o tornou impotente diante das crescentes demandas da sociedade. Paralisado, tornou-se facilmente alvo do novo consenso hegemônico, visto como símbolo de atraso, lentidão e desperdício. O importante nessa nova conjuntura não é mais o caráter compensatório das políticas sociais somente, mas sim a competitividade e a obtenção cada vez maior de lucros, culminando no crescimento exponencial do mercado.

Assim, o liberalismo, por meio principalmente das ideias de David Ricardo e Adam Smith, dissemina a tese de que o funcionamento livre e ilimitado do mercado, por meio da ação economicamente individualista, levaria ao bem-estar coletivo. Desse modo, com essa justificativa, foi possível instaurar o predomínio do mercado como regulador das relações sociais, e que em contrapartida necessária só poderia se realizar completamente com a diminuição da atuação do Estado.

A responsabilidade do Estado passaria, então, à de um ente que deveria dar conta de criar leis e de garantir que esse mercado pudesse agir livremente. Alguns elementos podem ser enumerados para que se possa visualizar melhor de que forma se deu esse processo que acarreta em uma intervenção precária do Estado na garantia dos direitos sociais, quais sejam: predomínio do individualismo, da liberdade e da competitividade; naturalização da miséria; predomínio da lei da necessidade; manutenção de um Estado mínimo; a ideia de que a política social estimula o ócio e o desperdício e de que deve ser um paliativo (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

A respeito do último elemento citado, a ideia de que a política social estimula o ócio e o desperdício, vale ressaltar alguns aspectos que predominam até hoje no imaginário da população, principalmente no censo comum do brasileiro: a de que os auxílios sociais contribuem para reproduzir a miséria, desestimula o interesse pelo trabalho e gera acomodação. Não discutiremos aqui se isso é um fato ou não na realidade brasileira, por exemplo, mas sim o apelo ideológico de que se trata de uma afirmação incontestável, uma vez que são características que ameaçam a sociedade de mercado.

Ainda sobre esse último elemento, considerar a política social como apenas um paliativo, implica dizer que a miséria não pode ser solucionada e que cabe ao Estado apenas a tarefa de assegurar assistência mínima aos segmentos que não têm condições de competir no mercado de trabalho, como um paliativo. Desse modo, a pobreza, para os liberais, pode ser diminuída pela caridade privada.

Faleiros (2009) também considera o movimento do capital e os movimentos sociais como sendo de fundamental importância para se entender a caracterização da política social, bem como conjunturas de cunho econômico e político. Ligadas diretamente à ação do Estado, as políticas sociais, em termos empíricos, estão diretamente vinculadas à implementação de assistência, previdência social, prestação de serviços, proteção jurídica, equipamentos sociais e subsídios.

Partindo dessa premissa, não podemos considerar as políticas sociais do Estado como uma ferramenta que propicie um bem-estar abstrato, já que não constituem medidas boas por si mesmas, como difundidas pelas classes dominantes. Do mesmo modo, não podem ser consideradas medidas más por natureza, ao afirmar que só servem ao objetivo da manipulação e de esconder da classe explorada a realidade adversa que vive. Isso incorreria em uma utilização instrumentalista e mecanicista que não leva em conta a correlação de forças sociais existente entre as classes.

Os domínios de intervenção da política (saúde, educação, habitação, informação, serviços sociais, dentre outros) são denominados sociais por questões históricas e ideológicas. O fato de se apresentar como *social* uma medida de política governamental, faz com que pareça boa à população. Ao falar de prioridades sociais, de prioridades humanas, o Estado se mostra como defensor das camadas pobres, e com isso, deixa de mostrar, estratégica e ideologicamente, a ligação direta entre suas ações e a estrutura econômica e a acumulação do capital (FALEIROS, 2009).

Se levarmos em consideração que o caráter de classe capitalista do Estado na contemporaneidade advém de uma dominação onde o próprio Estado procura proteger o capital de sua falsa consciência, assim como de uma consciência anticapitalista, estaremos entendendo que ele precisa recorrer a ferramentas estratégicas nesse processo. Tais ferramentas podem ser expressas como políticas sociais, admitindo como referência uma das primeiras formas de conceituar a política social:

A política social é a forma pela qual o Estado tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado. (...) O processo de industrialização capitalista é acompanhado de processos de desorganização e mobilização da força de trabalho, fenômeno que não se limita à fase inicial do capitalismo, mas que nela pode ser observado com especial clareza (OFFE, 1984, p.24).

Sob o ponto de vista da análise de políticas públicas, é possível considerar que grande parte da atividade política dos governos, estrategicamente, está direcionada à tentativa de resolução “pacífica” de conflitos. Conflitos esses que podem ser entendidos como expressões contraditórias de alocação de interesses.

Desta feita, as políticas públicas seriam, grosso modo, essa tentativa de resolver as demandas dirigidas por diversos atores sociais, articulando apoios necessários; lembrando que a escolha do modelo de gestão é sempre uma questão de estratégia (RUA, s.d.).

Por essas razões, é possível inferir, como nos sugere Abranches (1987), que a política social não pode ficar circunscrita apenas aos chamados problemas sociais. Ela requer uma nova política econômica, capaz de induzir mudanças que permitam de um lado elevar o patamar de renda das populações pobres, e de outro, redirecionar, em parte, o padrão de produção e consumo, a fim de que se possam assegurar melhores condições de acesso da população ao conjunto de bens e serviços essenciais à satisfação de suas necessidades sociais. E o Estado deve considerar a demanda social como a tônica central de qualquer discussão sobre política social enquanto política pública. Nenhum governo pode alegar não ser competente quando existe uma problemática grave em questões que demandam políticas sociais.

Um quadro histórico importante para compreender as alterações ocorridas em decorrência da especialização do sistema capitalista, é o ocorrido no início do século XX, como resultado de alguns processos político-econômicos, dentre os quais se destacam dois. O primeiro foi o crescimento do movimento operário, já referendado nesta pesquisa, que passou a figurar como ator crucial na luta pela alteração do paradigma da produção e da acumulação do capital. Estas lutas obrigaram a burguesia a ceder, reconhecendo alguns direitos de cidadania social e política, sob o perigo de perder a hegemonia.

O segundo processo diz respeito diretamente à concentração do capital, com a evolução do sistema para a fase monopolista, derrubando a ideologia liberal de que o indivíduo poderia investir na seara econômica motivado por sentimentos morais. A partir desse momento, grandes empresas começaram a fundar monopólios, apoiados cada vez mais pela fusão do capital bancário com o industrial. Esta fase monopolista ficou conhecida como fase imperialista do capitalismo e foi difundida através dos estudos de Lenin, já mencionados nesta pesquisa.

Em decorrência dessa especialização, a concorrência existente entre os grandes monopólios se acirrou culminando na devastadora crise capitalista de 1929. Com essa crise, o mundo parou para prestar mais atenção na atuação sem freios do mercado e esse fato se tornou um divisor de águas muito importante.

Esse quadro histórico apresentou rebatimentos diretos para o processo de consolidação da política social. Segundo Behring e Boschetti (2011), foi no início do século XX, passando pela crise de 1929 até o pós-1945 que as políticas sociais foram se multiplicando lentamente. As consequências negativas para a classe trabalhadora principalmente, como o desemprego estrutural, demandavam uma atuação mais efetiva no sentido da proteção social.

Como saídas às crises cíclicas do capitalismo, surgiram algumas iniciativas como o *New Deal* americano de Roosevelt e o keynesianismo. Este último inspirou as reações europeias à crise, onde as políticas sociais configuravam como integrantes de um conjunto de medidas que objetivavam amortecê-la. Assim, se generalizaram e se tornaram o resultado de um pacto social estabelecido nos anos seguintes com segmentos do movimento operário.

3.2 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

Já está bastante claro que a política social possui vinculação direta com o capitalismo. Ocorre que essa vinculação apresenta particularidades quando falamos da realidade brasileira. A formação do capitalismo no Brasil difere da formação europeia, onde a Revolução Industrial representou um papel fundamental nesse processo. O Brasil, como país integrante da chamada periferia do mundo, passou por um processo de colonização bastante peculiar. Esta colonização acarretou ao Brasil a tarefa de desempenhar um papel de subordinação e dependência do mercado mundial, juntamente com outros países periféricos.

Trata-se de um país que historicamente se organizou social e economicamente para fora e vive em virtude das oscilações e interesses do mercado internacional; um país que inspira contradições e cuja formação social apresenta várias fontes influenciadoras, resultando em um “desenvolvimento desigual e combinado” (IANNI, 1989 apud BEHRING & BOSCHETTI, 2011).

Para Fernandes (1987 apud BEHRING & BOSCHETTI, 2011), alguns fatores a mais devem ser considerados para pensar a configuração da política social no Brasil. Para além do tipo de colonização (de exploração) a que o país foi submetido, a criação do Estado nacional e a independência em 1822 trouxeram consigo a ruptura com a homogeneidade da aristocracia agrária, o surgimento de novos agentes econômicos, aspectos que marchavam na direção de uma nova sociedade

nacional. Entretanto, esse movimento não significou o investimento em medidas de proteção social. Pelo contrário, verificou-se a ausência de medidas de defesa mais consistentes dos direitos dos cidadãos por parte da elite brasileira, o que consiste em uma marca permanente na nossa formação.

Assim, com a Independência, uma nova organização social se desenhava, onde o poder passou a ser exercido a partir de dentro do país, mas permaneciam as correlações de força entre a vertente mais progressista e a conservadora. O que se verificou a partir desse movimento foi que o liberalismo foi capturado pelas elites (inclusive no que diz respeito ao aspecto do incentivo à independência), que utilizaram o ideário da equidade como uma forma de emancipação das classes dominantes sem participação das massas. Nesse cenário, o Estado é entendido como o ente que tem como objetivo internalizar os centros de decisão política e institucionalizar o poder dessas classes, utilizado para patrocinar seus interesses gerais e, controversamente, instaurando e fortalecendo o caráter histórico de dependência do Brasil.

Assim, podemos inferir que o Estado brasileiro nasceu em meio a uma ambigüidade: um liberalismo formal como fundamento e um patrimonialismo como prática. Dessa forma, foi possível a ampliação das incursões burguesas na sociedade brasileira de forma a resultar num impasse estratégico: buscava-se uma autonomia econômica e não se investia em uma autonomia política. Com isso, criou-se uma situação de mercado, onde os esforços estavam voltados para a expansão do mercado interno, visando à exportação.

Com este breve retrospecto da gênese do capitalismo no Brasil, pretende-se ilustrar o cenário em que as políticas sociais se tornaram necessárias e como foram demandadas. É importante, assim, ressaltar que o surgimento da política social no nosso país se deu de forma diversa de como ocorreu no continente europeu. Isso porque não houve no Brasil uma luta de classes radical como naquele continente, tampouco uma organização de classes em partidos e instituições fortes. As lutas só foram intensificadas em território brasileiro no início do século XX com as reivindicações trabalhistas.

Os direitos sociais, principalmente trabalhistas e previdenciários, formaram a pauta da luta dos trabalhadores e também representaram a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis. Exemplo disso foi a expansão das políticas sociais no período da ditadura, onde

Vargas foi identificado simbolicamente como “o pai dos pobres” por institucionalizar medidas que beneficiaram essa classe trabalhadora, mas como uma proposição estratégica para sua manutenção no poder.

Elementos como esses são marcadores constantes da política social brasileira desde seus primórdios. Ligada à luta de classes, a política social no Brasil enfrenta historicamente um cenário complexo na defesa dos direitos de cidadania. É nesse contexto que devemos nos ater para compreendermos a fraca proteção social no país até a década de 1930, embora ainda hoje esses traços estejam bem vivos em nossa realidade.

Silva (2010) corrobora com a ideia de que as políticas sociais, para serem mais eficazes, precisam de articulação com a política macroeconômica a fim de garantir um crescimento econômico sustentado. Dessa forma, é necessário incentivar a geração de emprego, a elevação da renda dos trabalhadores e, sobretudo, a redistribuição de renda ainda altamente concentrada no Brasil. Identifica que historicamente a política social brasileira foi constituída de um conjunto amplo e variado, mas descontínuo e ineficiente, de programas sociais que procuram dirimir a situação daqueles mais empobrecidos. Assim, ela coloca que no país a política social tem assumido uma perspectiva marginal e assistencialista, que não atenta para as questões macroeconômicas, onde passa a servir à ideia de regulação da pobreza e sua administração.

Dessa forma, analisando as políticas sociais brasileiras, ao adotar programas fragmentados, descontínuos e insuficientes, o Brasil não consegue imprimir impactos significativos no quadro de pobreza e miséria, de desigualdade social verificado nas camadas mais pauperizadas.

3.3 A POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA NA CONTEMPORANEIDADE

Conforme discutido anteriormente, a política social no Brasil tem suas peculiaridades que não ocorrem de forma isolada e autônoma. Pelo contrário, elas fazem parte do processo mundial de reestruturação capitalista, iniciado no final dos anos 1970, influenciada ideologicamente pelo ideário neoliberal instaurado mundialmente desde então.

Antes, porém da década de 1970, o Brasil passou por um período desenvolvimentista, marcado por governos que perseguiram o sonho nacional de

industrialização e progresso rápido e praticamente instantâneo. Dessa forma, a política social no país surgiu com um papel marginal, com um cunho de compensação e funcionou como peça subsidiária à realização desse progresso.

Pereira-Pereira (2012) faz um resgate histórico desse processo e aponta para o período da década de 1970, se revelou uma crise estrutural que perdura até os dias de hoje, que consiste no desequilíbrio entre acumulação e consumo e na transformação do excedente produzido pela economia real em capital financeiro. Sinaliza ainda, que estamos vivenciando uma época de neodesenvolvimentismo¹, a partir de 2008, quando o Brasil passa a se reestruturar economicamente, diversificando sua dependência externa, ao passo que procura retomar a ampliação interna.

Em termos gerais, algumas características contemporâneas da política social, que foram expostas por Pereira-Pereira (2012), merecem destaque para compreendermos melhor a realidade da política de saúde no Brasil, a saber: a ocorrência da *direitização* da política social (já que foi capturada pela ideologia neoliberal que não tem vinculação com compromissos sociais); a monetarização da política social (uma vez que não visa mais concretizar direitos sociais, mas individualizar o mérito que o pobre tem de conseguir por meio do mercado a satisfação de suas necessidades, ao colocá-lo à mercê de programas de transferência de renda que não visam a emancipação humana); a *laborização* precária da política social (que, por sua vez, busca a proteção social como forma de possibilitar a reinserção do indivíduo no mercado formal de trabalho); a *descidadanização* da política social (já que o trabalho precário e a responsabilização ao trabalhador pelo seu sustento aparecem desvinculados de cidadania); a declaração discricionária dos governos de uma espécie de “estado de emergência econômica”, que justificaria, em tese, um agir segundo um regime de exceção diante

¹ “Termo utilizado, não sem polêmica, para denominar os governos brasileiros dos últimos anos, particularmente os dois mandatos do presidente Lula, que visaram a integração da esfera nacional com a internacional com o objetivo de promover o crescimento econômico com inclusão social. Apesar de esse tipo de desenvolvimento reatar o fio da meada da versão nacional-popular clássica, apresenta as seguintes principais particularidades: intervenção estatal num contexto de estabilidade institucional e monetária, capacidade econômica, intento de projetar o país como potência emergente no marco do processo de globalização neoliberal, mas com resguardo de uma soberania relativa, e pretensão de liderança regional” (PEREIRA-PEREIRA, 2012).

dos problemas, onde as políticas sociais são mais especializadas em seu caráter compensatório.

Assim, o que se pode inferir é que o Estado passa a buscar saídas mais rápidas, eficientes e menos onerosas para os problemas sociais, fazendo com que a proteção social pública seja cada vez mais precária e passageira. Diante desse cenário, temos que

Pelo fato de a política social ser um processo complexo e internamente contraditório – e não um sistema, um ato formal de Estado ou de governo, uma receita técnica ou mera resposta institucional –, ela pode mudar de tendência e ser colocada a serviço do *trabalho* na sua luta endêmica contra o *capital*. Tudo vai depender do impacto das mudanças estruturais em curso sobre os rumos da história, do regime político vigente, da organização e movimento da sociedade, da correlação de forças em presença e do sentido de desenvolvimento que se deseja imprimir (PEREIRA-PEREIRA, 2012, p. 750-751).

Dessa forma, o desafio reside na manutenção de níveis significativos e sustentáveis de crescimento econômico, controle da inflação, desenvolvimento de serviços de infraestrutura básica com oferta de serviços básicos de modo ampliado e democrático para toda a população brasileira, como algumas formas de ressignificar a política social no país. Partiremos agora para algumas reflexões sobre a forma de pensar e fazer política de saúde no Brasil, levando em consideração as dimensões teóricas e históricas já mencionadas.

3.4 A INTERFERÊNCIA DE ORGANISMOS FINANCEIROS INTERNACIONAIS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS: “INVASORES” OU “CONVIDADOS”?

Um ator de grande importância no processo político são os agentes internacionais. Podem ser organizações ou governos de países com os quais se mantêm relações de troca importantes e que podem afetar não apenas a economia, mas também a política interna do país. A influência, pois, dos organismos financeiros internacionais nas políticas públicas no Brasil vieram como herança da onda neoliberal verificada mais explicitamente nos governos Reagan (Estados Unidos) e Thatcher (Inglaterra), na década de 1970, com a crise do modelo econômico do pós-II Guerra Mundial, quando “todo o mundo capitalista avançado

caiu numa longa e profunda recessão”. Assim, uma nova desigualdade iria possibilitar outra dinâmica da economia, onde o Estado se manteria forte em sua capacidade de controlar os conflitos e o dinheiro, mas fraco nos gastos sociais. É aquilo que conhecemos como Estado máximo para o capital e mínimo para o social (ANDERSON, 1995; TRISTÃO, 2011).

Desse modo, tem início a era da intervenção direta de grandes instituições financeiras internacionais (Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Mundial – BM, Organização Mundial do Comércio - OMC) em reformas políticas, econômicas e até culturais na realidade brasileira, com diretrizes que apontam para a liberalização e privatização. As principais características visualizadas nesta contrarreforma do Estado, ditada pelo BM, imprimem às políticas sociais características como focalização e descentralização da gestão, dentre outras. Com isso, o caráter universal destas políticas se perde, dando lugar a programas assistenciais e seletivos (CORREIA, 2007).

Em especial no caso dos países da América Latina e, assim também o Brasil, o Banco Mundial inicia a publicação de uma série de documentos contendo as diretrizes para as novas políticas públicas de saúde, desde 1975. A partir de então exige dos países subsidiados uma lógica de custo-efetividade, priorizando a atenção básica, com a utilização de mão-de-obra desqualificada no atendimento aos mais pobres, como forma de racionalizar a oferta de serviços de saúde, com a justificativa de que a gratuidade e a universalização destes serviços acarretam aumento significativo nas despesas do Estado. Desse modo, inserem os procedimentos de média e alta complexidade em parcerias com a iniciativa privada, alegando maior eficiência e melhor qualidade (CORREIA, 2007).

Nesse contexto, o Banco Mundial cumpre seu papel como intelectual orgânico do grande capital, ao demonstrar seu interesse pelo discurso da redução da pobreza, quando mediante uma pseudoafeição pelo social, escamoteia a ofensiva neoliberal aplicada às políticas sociais (SOARES, 2006).

4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

4.1 BREVE HISTÓRICO DAS LUTAS PELA SAÚDE NO BRASIL

O movimento de resistência à realidade instaurada pela evolução do sistema capitalista na área da saúde se constituiu na Reforma Sanitária brasileira, capitaneada por diversos atores sociais, trabalhadores da saúde e de outros movimentos sociais, que se uniram em prol de uma organização e ação política, com fundamentação racional, implementando uma luta contra-hegemônica à racionalidade da política de saúde como uma forma de representar a racionalidade que atingia as demais políticas sociais. O ponto em comum deste grupo não homogêneo residia na busca pela emancipação política como forma de atingir a emancipação humana.

Porém, antes disso, façamos um breve resgate histórico das lutas pela saúde no Brasil. Medeiros (2008) sinaliza que no Brasil as primeiras intervenções públicas na área da saúde se deram nas primeiras décadas do século XX, inseridas na construção do Estado nacional e com forte influência militar, podendo ser percebida através do modelo denominado sanitaria campanhista (dominante até os anos 1970). Tal modelo visava combater a crescente onda de epidemias de doenças transmissíveis que surgiu nesta época e assolava os trabalhadores, comprometendo a evolução do setor agro-exportador e a política de imigração, tão caros à economia nacional. Ocorreu então uma gestão centralizadora, ordenada de forma vertical e autoritária, permanecendo vigente até o final da década de 1980, “marcada por forte concentração dos processos decisórios e administrativos na esfera federal e pelo peso insignificante das administrações locais na definição de políticas e gestão de recursos públicos” (p. 126).

A autora destaca a primeira geração de sanitaristas, numa aliança entre medicina, Estado e setores dominantes para obter a garantia da produção e circulação de mercadorias. A saúde pública no Brasil nesse momento histórico estava caracterizada como um saber de caráter impositivo, por força de lei, regulamentado por penalidades e multas. Um exemplo claro desse movimento foi a Revolta da Vacina, que se constituiu em uma intervenção violenta do governo federal no combate e controle das condições sociais e ambientais que provocavam

as endemias. Mas esta Revolta também apresentou outra face: aquela que revelou formas e conteúdos do confronto de classes, evidenciando que não houve passividade e incapacidade de articulação autônoma por parte dos trabalhadores.

Um dos objetivos da ação do governo federal na saúde pública era o da construção da supremacia do saber médico, em meio a diferentes formas de cura existentes historicamente (ligadas à magia ou à religiosidade, por exemplo). Para tanto, lançou mão da busca “de hegemonia da racionalidade científica, sustentada por descobertas no campo da medicina, como a bacteriologia e a microbiologia, contraposta a outras formas de conhecimentos, tidas como ignorâncias” (MEDEIROS, 2008, p. 130). Esses fatores corresponderam a vigência de um autoritarismo da saúde pública voltada ao controle das condições de vida das maiorias.

4.2 MOVIMENTO DE RESISTÊNCIA E LUTA PELA SAÚDE: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

4.2.1 Antecedentes históricos ao Movimento

Sobre esse assunto, Medeiros (2008), Feuerwerker (2005), Paim (2008) e Fleury (2009), por exemplo, comungam da ideia de que muitas mudanças significativas ocorrem na saúde pública brasileira a partir do Movimento da Reforma Sanitária. Tal Movimento teve sua gênese nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social em universidades de São Paulo e Rio de Janeiro, inicialmente; e posteriormente irradiou para as principais universidades brasileiras. Contou não somente com sindicatos e líderes de movimentos sociais, como também com médicos interessados na causa, em divergência à reforma verificada na Itália, articulando a crítica aos projetos de reformulação da medicina às lutas sociais, ampliando o entendimento do conceito de saúde não somente como ausência de doença, mas também como o estado completo de bem-estar físico, mental e social, conforme deliberação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A compreensão do processo saúde e doença ocupa uma posição essencial na transformação da saúde em um objeto de investigação e intervenção. Partindo da negação à ênfase do enfoque biologicista e individualista, introduziu o conceito de história de vida do homem, concebendo saúde e doença como processo ecológico que se dá em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente, no qual se inclui o social. (MEDEIROS, 2008, p. 146).

Para Arouca (2003), havia uma omissão da determinação social da saúde, prevalecendo o cuidado médico como mercadoria. Seria, portanto, uma “prática discursiva, ideológica e empírica experimental”. Estas seriam características que necessitavam ser fundamentalmente reformuladas, daquilo que se denominou Medicina Preventiva, uma das formas alternativas propostas à época.

Em oposição, havia também a proposta da Medicina Comunitária, inspirada na Medicina Social vivenciada na Europa (Inglaterra, Alemanha e França), que visava enfatizar o ambiente humano para a saúde, e sendo uma responsabilidade do Estado. Reunia também aspectos da prevenção, buscando uma política de saúde dirigida aos segmentos sociais excluídos do processo de medicalização (este modelo surgiu na década de 1970). Era imprescindível a participação da comunidade como forma de superação dos problemas sociais identificados. Começava a surgir também a discussão sobre o atendimento multiprofissional e multidisciplinar aos pacientes.

Dessa forma, na luta pela construção de um projeto hegemônico para a saúde, a concepção de saúde-doença inserida historicamente se configura como uma peça chave no movimento em direção a um sistema de saúde universal. Merece destaque também a ocorrência da mercantilização da saúde, identificada através da percepção de que as articulações entre a Medicina e a sociedade se dão de forma a inserir a primeira no circuito da produção e consumo capitalista, uma vez que a prática médica é utilizada para contribuir com a reprodução da força de trabalho. Desse processo decorre que há uma ampliação da racionalidade industrial a outros setores sociais, onde impera a razão instrumental, mas não se esgota aí, pois há a associação do social com o vital.

Assim, para Feuerwerker (2005), um importante responsável pela conquista do direito à saúde é o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, ocorrido em fins da década de 1970 e que se estendeu pela década seguinte, levantando bandeiras polêmicas e imprescindíveis como a defesa pelo modelo de democracia vigente, a

crítica às práticas hierarquizadas hegemônicas de saúde até então, assim como o reconhecimento do determinante social no processo saúde-doença, dentre outros fatores.

Este Movimento surgiu num contexto em que a sociedade civil, a partir de movimentos sociais, buscou combater o autoritarismo de seu tempo (o da ditadura militar), levantando principalmente a bandeira da democratização da saúde (PAIM, 2008).

Medeiros (2008) se debruça em nos dar apontamentos do contexto histórico de ocorrência da Reforma Sanitária: governo de Geisel (1974-79), de um início de abertura política, buscando a legitimação do regime, sem alterações na política hegemônica então vigente. No setor da saúde privatista, o Estado aparece como financiador, através do sistema previdenciário, “tendo o setor privado nacional como o maior prestador de atenção médica e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos. Assim, no pós-64, consolidou-se a transferência maciça pelo Estado, através da Previdência Social, de recursos públicos para o setor privado, em particular empresas médicas e hospitais” (p. 176). A lógica da política de saúde no país estava apoiada na dicotomia entre a atenção de alcance coletivo, feita pelo Ministério da Saúde, e aquelas de cunho individual, sendo de modo assistencial e curativo, destinadas à classe trabalhadora, vinculada à Previdência Social. Esta forma de fazer política de saúde propiciou condições para a expansão capitalista da rede de serviços. Porém, este modelo previdenciário suscitou muitas críticas e acabou por se mostrar ineficiente financeiramente frente aos índices cada vez maiores de necessidade de ampliação para outros municípios. “A gravidade do quadro nacional dos indicadores de saúde, decorrentes das condições de vida e da aceleração da urbanização, desembocou na crise do setor saúde” (p. 177). Mesmo com essa necessidade de reformulação, durante todo o período Geisel, foi verificada a permanência do processo de privatização da administração pública brasileira.

A partir de 1978, com a crise mundial e o conseqüente questionamento às diretrizes da ditadura, inicia-se um momento em que os governantes precisaram ceder a algumas reivindicações para manter a sua hegemonia. Expressão disso consiste na ampliação das discussões nas universidades, partidos políticos e prefeituras progressistas a respeito da participação política e a condução da política de saúde no país. Cresceram, assim, as críticas às instituições previdenciárias.

Desse modo, foram se ampliando as ideias ligadas ao projeto socialista, onde se priorizou o que a autora chama de *multiplicação de meios irradiadores* “para disseminar a ‘consciência sanitária’ e a construção de frente única de sustentação à democratização e à Reforma Sanitária” (MEDEIROS, 2008, p. 179).

Como leitura teórica dos acontecimentos, é possível incluir no debate a questão da guerra de posição, evidenciada por Gramsci, guerra essa que “pressupõe uma luta de persuasão na sociedade civil, de caráter prolongado, na qual as instâncias de poder, cultura, ideologia são campos fundamentais de construção de hegemonias” (p. 180). Foi a partir dessa perspectiva que o Movimento Sanitário consolidou um programa concreto, em que assumia claro papel dirigente das lutas. Resgatando os apontamentos de Campos (2006), a autora destaca ainda que este movimento foi composto por um conjunto de intelectuais com interesses múltiplos de diversos blocos sociais, mas com uma única direção: um novo sistema de saúde para todos. Esse movimento era composto, principalmente, por setores da classe média, sem filiação partidária, “sendo uma parte articulada aos movimentos populares, correspondente à nova intelectualidade expandida pelo desenvolvimento recente do capitalismo” (Campos, 2006, p. 181).

4.2.2 O Movimento da Reforma Sanitária brasileira

Segundo Fleury (2009, p.747), a construção do projeto da Reforma Sanitária teve como fundamento inicial a noção de crise: “crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde”. O modelo centrado na ação médica, vigente até então, não estava sendo suficiente e eficiente para organizar um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevaletentes, nem tampouco estava disposto de modo democrático e seguindo a lógica do planejamento.

Para atingir o objetivo de tornar a saúde algo democrático foi necessário que houvesse mobilização política. E o Movimento foi integrado pela luta política de sujeitos de diversos segmentos: universidades, sindicatos de profissionais de saúde, movimentos populares, Congresso Nacional, dentre outros. Assim, em meio a conflitos de interesse entre forças conservadoras e reformadoras, a luta pela universalização da saúde se mostra como parte intrínseca da luta pela democracia, e esta aparece como indispensável para a garantia da saúde como direito de

cidadania. Esta luta culminou com seu ponto alto na instituição da saúde como direito fundamental inscrito na Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Soares (2010) recorre à Teixeira (1989, p.38) para destacar os três aspectos fundamentais da Reforma Sanitária, como um movimento de reforma social, a saber: [1] “a *política da saúde* - rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior; [2] a *mudança da norma constitucional* – com a incorporação do direito à saúde como direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde; [3] e *alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais*”. Desse modo, ela ainda assinala que o movimento consegue imprimir na sociedade uma nova racionalidade, pautada na emancipação política.

Os princípios *universalidade*, equidade, integralidade, descentralização e participação social são os principais defendidos pelo Movimento. Merece destaque, então, o princípio da *universalidade*, empregado no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, pelo ataque neoliberal que vem sofrendo em tempos de capitalismo financeirizado, mas que já apresentava sinais de intervenção direta de grandes organismos financeiros internacionais desde a década de 1970 (CORREIA, 2007). E este princípio está no cerne da discussão desta pesquisa, uma vez que se objetivou identificar a sua evolução (ou involução) no que diz respeito à política de saúde. Os apontamentos e reflexões estarão presentes no capítulo IV.

A partir dos anos 1980, com a construção da ideia de Reforma Sanitária brasileira, assumia-se a luta pela saúde como uma bandeira representativa da luta pela mudança que alcançaria toda a sociedade, onde havia a necessidade imperativa da ação do Estado. Nesse sentido, foi de suma importância a adesão de parlamentares, possibilitando maior visibilidade política às propostas do Movimento de Reforma Sanitária, em fins dos anos 1970, atribuindo o caráter de institucionalização das lutas pela saúde, resultando em avanços jurídicos também.

Bravo (2006 apud SANTOS, 2011) contribui com essa discussão informando que a questão da saúde passa a ser de interesse de outros atores sociais além dos técnicos da área, assumindo uma dimensão política, onde as reivindicações em voga giravam em torno da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do princípio da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Uma das conquistas, estas fruto de anos de luta, ocorrida em 1987, foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que objetivou desmontar a estrutura previdenciária (INAMPS) responsável pela mediação com o setor privado para prestação dos serviços, transferida aos estados e municípios. Houve algumas controvérsias com relação aos ideais da Reforma Sanitária em si e os determinantes do SUDS, o que refletiu na necessidade de um mecanismo que pudesse condensar definitivamente as pautas da luta pela saúde pública. Foi então que aconteceu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), que mobilizou milhares de pessoas para a discussão da causa e foi o ponto ápice da Reforma Sanitária brasileira.

A partir dessa Conferência, foi estabelecido um instrumento conhecido como Plenária Nacional de Entidades de Saúde. A Plenária articulou os mais diversificados segmentos nacionais em torno da luta única pela saúde pública.

Contribuiu decisivamente na formulação e divulgação de propostas visando o controle dos serviços de saúde pela população, autonomia dos movimentos populares em relação ao Estado, leis que assegurassem a participação dos trabalhadores no planejamento, execução e controle dos serviços de saúde, a criação de conselhos populares de saúde junto às prefeituras, a unificação e descentralização das decisões e do planejamento, o aumento das verbas para a saúde e a definição dos recursos, em nível nacional, estadual e municipal, através da criação de um Fundo Único de Saúde. Estabelecia-se um consenso em torno dessas propostas, favorecendo a constituição de um sujeito coletivo nas lutas pela saúde (MEDEIROS, 2008, p. 190).

Assim, estruturou-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, representando um momento de intensa articulação institucionalizada entre forças favoráveis à Reforma. Tinha a responsabilidade de discutir os novos rumos que a política de saúde deveria tomar no país e propor novas formas de entender e fazer a política de saúde.

A Constituição de 1988 consiste em um dos avanços mais significativos em termos de legislação no mundo, embora tenha tido derrotas decisivas. Representou avanços na proteção social, na direção de um padrão de política social universalista. E a Reforma Sanitária foi peça fundamental nesse processo, pois “apresentou o maior avanço ao iniciar um processo de profunda reestruturação político-administrativa do sistema de saúde, resultante de um significativo processo de lutas,

consistindo no primeiro e mais adiantado exemplo de reforma no Estado brasileiro” (MEDEIROS, 2008, p. 193).

Na Carta Magna, em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II, que trata da saúde, está disposto que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser possibilitada por meio de políticas sociais e econômicas que sejam capazes de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Ainda nesta Seção do referido documento, é possível identificar as diretrizes pelas quais a saúde será regida pelo Estado, de forma que as ações principais são de responsabilidade deste ente, onde as instituições particulares somente poderão fazer parte deste processo de forma *complementar*. Não obstante essas diretrizes, há um parágrafo específico, no Artigo 199, que trata de deixar claro que é “vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (BRASIL, 1988). Em análise posterior, ainda nesta pesquisa, trataremos mais proximamente de que forma essa premissa contida na Constituição está sendo subvertida na realidade da forma de fazer política de saúde no Brasil.

Além de estar garantida pela Constituição Federal, a política pública de saúde dispõe de outros documentos que a regulamentam e lhe dão valor legal, dentre os quais é possível citar alguns dos principais: Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 99.438/90 (que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências), e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 1/96 (que redefine o modelo de gestão do SUS).

4.3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL APÓS A REFORMA SANITÁRIA

É indiscutível que o Movimento da Reforma Sanitária resultou em conquistas democráticas significativas na política pública de saúde no Brasil, mas infelizmente não foi possível superar e romper com as amarras do setor privado. O embate entre o público e o privado permaneceu e se especializou, e os obstáculos também cresceram exponencialmente, ocasionando certo recuo dos movimentos sociais tão atuantes e organicamente engajados na luta por uma reforma social no país. Santos (2011) alerta que

[...] os valores solidaristas presentes na reforma sanitária não se faziam presentes nas elites governantes e nem na sociedade como um todo, prevalecendo valores ligados ao individualismo tão fortemente arraigados nos segmentos mais organizados dos trabalhadores. (SANTOS, 2011, p. 108).

A saúde passa a ser vista como direito de todos e dever do Estado a partir da Constituição de 1988, mas tropeça num processo de sucateamento da política pública de saúde no Brasil e de minimização do Estado.

Ditada pelo neoliberalismo, a necessidade da diminuição da intervenção do Estado nas políticas sociais, apresentou representantes à altura desta tarefa, na condução do governo federal brasileiro. Assim, a Reforma Sanitária começava a apresentar seu retrocesso já nos dois últimos anos do governo Sarney e, depois, no governo Collor. Retornavam as alianças favoráveis ao autoritarismo e à corrupção. O governo federal, na tentativa de desmontar o Projeto de Reforma Sanitária, controla e corta os recursos transferidos aos estados e municípios.

A partir de então, grandes organismos financeiros internacionais, a exemplo do Banco Mundial (BM) principalmente, puderam influenciar de forma mais direta a condução da política de saúde no Brasil. Soares (2010) afirma que o que se passa a vislumbrar é que “o ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde - e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise” (p. 40). Desse modo, o Estado passa cada vez mais a ser mínimo para o social e máximo para o mercado.

Há, assim, a especialização da racionalidade instrumental burguesa, com o incremento dos elementos do neoliberalismo, como o pragmatismo e o imediatismo. Entretanto, não se pode perder de vista que essa contrarreforma possui suas especificidades. Recorrendo a Chauí (2000), Soares (2010) identifica que essa nova forma que o capitalismo toma favorece três aspectos de reforço de privilégios: “1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como

educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (...).

No relatório “Investindo na Saúde”, de 1993, o BM “recomenda uma nova distribuição das responsabilidades com a saúde, entre as esferas pública e privada. Na proposta, as instituições públicas são responsáveis por proverem somente um número limitado de serviços públicos e formas de ajuda para os pobres baseadas no critério de custo-benefício”. O Estado assumiria a universalização da atenção básica à saúde, deixando a assistência especializada sob a responsabilidade e os “olhos famintos” da iniciativa privada (MEDEIROS, 2008, p. 195).

Segundo Teixeira (1994 apud MEDEIROS, 2008), a tendência atual da política social seria fornecer os mecanismos e instituições capazes de regulamentar e legitimar a segmentação social existente, não mais através de um sistema que transforma benefícios em privilégios entre os incluídos e pune os demais com a exclusão, mas sim através de um sistema universal de inclusão segmentada na condição da cidadania. Daí explicita-se o argumento da focalização e seletividade ao defender o direcionamento e a concentração do gasto nos setores de maior pobreza, pautados na restrição dos recursos para a área social. Afastando-se da constituição de uma política universalista, o debate remete à necessidade de se apurar técnicas de focalização para identificar os segmentos populacionais beneficiários das políticas sociais públicas.

5 A “UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE” DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

5.1 ASPECTOS FUNDANTES DA “UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE” NA SAÚDE E RETRATO DOS REBATIMENTOS

Não podemos deixar de considerar que houve contrarreformas a partir da segunda metade da década de 1990, de acordo com o que o Banco Mundial (BM) ditava como regulamentação e condição para que promovesse financiamento das políticas no Brasil, evidenciando principalmente a necessidade de diminuição da intervenção do Estado. No que diz respeito à saúde, o BM buscou o fortalecimento do setor privado na oferta dos serviços. Dessa forma, vem acontecendo um intenso e crescente processo de privatização do SUS, com a inserção do elemento da participação complementar do setor privado (BRAVO & CORREIA, 2012).

As ações focalizadas podem ser expressas em situações como desfinanciamento e conseqüente diminuição do gasto social do governo com a política de saúde, precarização, falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, dentre outras (MOTA *et al.*, 2006).

Pode-se inferir, assim, que persistem áreas na institucionalização das políticas sociais que podem ser consideradas contraditórias aos avanços verificados em termos de ganho social, e que podem comprometer a consolidação do modelo constitucional. Isso significa dizer que o destaque dado às políticas centradas na pobreza, em detrimento da universalização, pode acarretar em perdas sociais significativas em termos da cidadania conquistada constitucionalmente (LOBATO, 2009).

Ao considerarmos que, historicamente, as origens da privatização da saúde foram determinadas pelos interesses do capital na área da saúde, em usá-las como fonte de lucro, é possível identificar que a intervenção estatal mais apropriada a essa lógica é a de cunho privatista e excludente. E esse processo, no Brasil, vem desde a década de 1970, com destaque para o modelo “médico assistencial privatista”.

Em plena ditadura militar, contexto em que o capital financeiro, sob condições monopolísticas, passou a determinar as ações do Estado brasileiro, situa-se o alinhamento da saúde aos interesses do capital

por dentro do setor previdenciário, através da implementação de um complexo médico-industrial, que beneficiou empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos médicos (...). (CORREIA, 2012).

A problemática do SUS envolve diversos aspectos e relevante preocupação, uma vez que, hoje, o Brasil tem um dos maiores sistemas de saúde público do mundo. Mais de 75% da população brasileira depende exclusivamente do SUS, e as ações do sistema incidem diretamente sobre toda a população, se levarmos em consideração ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

No que diz respeito à legislação que trata da política pública de saúde no Brasil, um documento importante é a Norma Operacional Básica nº 96 (NOB - 96), que merece ser analisada mais de perto. Na década de 1990, quando o governo brasileiro começava a dar sinais mais significativos da opção neoliberal, e como sendo o período histórico do aumento da incidência dos organismos financeiros internacionais na condução das políticas sociais, em especial a de saúde, esta NOB – 96 aparece como um instrumento de profunda revolução na organização do SUS.

O então titular do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), ministro Bresser Pereira, organizou em Cadernos os princípios e diretrizes da denominada Reforma do Estado proposta pelo governo brasileiro, em diversas áreas, e em seu Caderno nº 13, tratou especificamente da saúde pública. Nele, propõe uma reforma administrativa do sistema de saúde brasileiro, que pretendia seguir os princípios constitucionais do direito à saúde.

A reforma consistiu principalmente na descentralização dos serviços de saúde oferecidos à população, onde a responsabilidade passaria a ser dividida entre a União, os estados e os municípios. Esta descentralização é o que conhecemos hoje como os níveis de complexidade no atendimento oferecido pelo SUS: atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade. Sob a influência direta dos organismos financeiros internacionais, em especial o Banco Mundial, Bresser Pereira propôs que o Estado ativesse seus esforços, principalmente financeiros, na atenção básica, sob a prerrogativa de que os usuários, quando resolvidas suas limitações de saúde mais simples, acabam por diminuir a necessidade de atendimento especializado.

Os atendimentos especializados, segundo o ministro, eram os que oneravam os cofres públicos e, àquela época, não estavam sendo organizados de forma a se

obter um controle racional dos recursos investidos. Pelo contrário, enquanto a União distribuía os recursos da saúde aos estados e municípios levando em consideração a demanda medida através do número de leitos, abria caminho para a utilização indevida do dinheiro público (BRASIL, 1998).

Mediante a justificativa de que na prática o SUS não consistia em um sistema universal, que não garantia a equidade e, assim, não respeitava os princípios constitucionais, o MARE iniciava um processo irreversível de introdução do recurso privado na atenção à saúde pública, ao priorizar o atendimento básico, como sendo o menos oneroso e o que poderia alcançar mais amplamente a população.

Ainda no Caderno nº 13, já apareciam apontamentos da necessidade de redução do gasto público como medida em resposta às diversas crises econômicas que o país atravessava. O que não estava explícito era que essa redução dos gastos estava escamoteando a abertura gradual e permanente que o Brasil passava a oferecer para o capital privado na área da saúde pública. Ao formalizar essas alterações, o governo federal buscava reduzir os custos operacionais com o SUS, otimizando sua gestão operacional e administrativa, concentrando seus esforços no financiamento e no controle dos serviços, ao invés do seu oferecimento pelo Estado.

Correia (2007, 2011, 2012) sistematicamente aponta para a diminuição das funções do Estado no que diz respeito à condução da política de saúde no Brasil e cita exatamente este processo ocorrido nos anos 1990, onde as situações acima mencionadas podem ser visualizadas mais de perto. Behring (2003 apud CORREIA & OMENA, 2013) renomeia esse processo, passando a identificá-lo como contrarreformas, uma vez que apresenta um caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora, acarretando a perda de direitos. Trata-se de um movimento sorrateiro de mercantilização da saúde, onde podemos verificar bem claramente a inversão da complementaridade dos serviços privados na lógica do SUS.

Na realidade, o que se pode visualizar é o repasse cada vez mais frequente da gestão do SUS à iniciativa privada, através do que Correia (2011) denomina de “novos modelos de gestão”, modelos esses que privilegiam a racionalidade da eficiência. Esses modelos aproveitam as lacunas constitucionais para introduzir no coração do sistema público de saúde os atendimentos privados, ao levar em consideração o que está previsto na Constituição de 1988, em seu artigo nº 199, que permite a complementaridade através de contrato de direito público ou convênio com o setor privado, quando os recursos públicos não forem suficientes. Essa

complementaridade se dá, via de regra, através dos serviços de média e alta complexidade.

Correia & Omena (2013) ainda nos chamam a atenção para o aumento dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferência de recursos públicos, por meio de Organizações Sociais, de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), de Fundações Estatais de Direito Privado e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), afirmando que cerca de 60% dos recursos públicos destinados à saúde já estão sendo aprisionados por essa rede privada, através de convênios e/ou compras de serviços privados.

Nos termos desta investida feroz do setor privado na política pública de saúde, temos que o ajuste estrutural ditado pelos organismos financeiros internacionais traz consigo a prerrogativa de que o Estado deve agir essencialmente na regulação das ações contratuais ou das concessões aos agentes privados, o que apontaria para um padrão flexível de destinação de recursos estatais. No sentido de um Estado regulador, destaca-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, que indicava a direção de um Estado com função de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo esta última tarefa para o setor público não-estatal, que na realidade é privado (CORREIA, 2012).

Vale ressaltar, conforme aponta Laurell (1996 apud CORREIA, 2012), que essa privatização só ocorre nos setores mais rentáveis da saúde, que são a média e a alta complexidade.

O eixo da contrarreforma, em consonância com as recomendações do Banco Mundial, é a necessidade de limitação das funções do Estado - que não deve mais responsabilizar-se pela execução direta das políticas sociais, mas, apenas, co-ordená-las e financiá-las - e o fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde. O setor privado da saúde tem se expandido no livre mercado e por dentro do SUS. No livre mercado, mediante o crescimento dos planos e seguros privados de saúde, resultante da “universalização excludente”, em que os trabalhadores melhores remunerados vêm, cada vez mais, comprando estes serviços. (CORREIA, 2012).

Os chamados “novos modelos de gestão” seguem a tendência em curso do fundo público ser colocado à disposição do financiamento da reprodução do capital. Não é mais suficiente promover uma abertura para investimentos em outras formas de acesso à saúde (formas privadas, é claro, como os planos de saúde), mas

procura-se se apropriar dos recursos próprios do Estado inicialmente disponibilizados à política pública de saúde.

Esta forma de privatização tem sido considerada ilegal à medida que se admite a substituição da prestação de serviços públicos por serviços privados e não apenas a sua complementariedade. O ideário neoliberal tem se apropriado do vocabulário progressista, atribuindo-lhe novo significado, ao utilizar termos como *Organizações Sociais*, por exemplo. Além disso, incentiva a ideia de que o setor privado é mais eficiente, o que cria a ilusão de que a privatização da saúde vai melhorar a qualidade dos serviços públicos correspondentes (CORREIA, 2012).

Embora haja, na atualidade, a propagação da ideia de que esses novos modelos sejam a forma mais eficaz de resolução de todos os problemas do SUS, reforçando e restringindo tudo à má gestão pública e a busca por uma maior eficiência nos serviços de saúde prestados (o que consiste em um ponto de vista bastante limitado), cabe aqui ressaltar que, ao contrário, o problema a ser enfrentado gira em torno de um outro raciocínio. Trata-se de enfrentar a não viabilização dos meios materiais necessários à efetivação do modelo de gestão vigente e assegurado legalmente (descentralizado, com acesso universal, garantida a integralidade da atenção à saúde; com financiamento tripartite e controle social), além de ser necessário também combater a insuficiência no financiamento e a precarização do trabalho em saúde.

A saúde privada deu um salto significativo em números de planos de saúde e de beneficiários. O número de operadoras de planos e seguros de saúde quase triplicou nos anos 90 e o número de clientes cresceu cerca de 70%. Entre 2002 e 2006, o número de usuários de planos de saúde aumentou de 38,6 milhões para 44,7 milhões. O total de gasto nacional com a saúde no setor privado, em 2009, foi de 143 bilhões, sendo 64 bilhões com planos e seguros de saúde e 79 bilhões pelo desembolso direto, maior que o total de gasto público em saúde que foi de 127 bilhões (MS/SIOPS, 2009 apud CORREIA, 2012).

Em se tratando da influência direta do Banco Mundial neste quesito, a autora ainda aponta para um documento elaborado por esta instituição, intitulado “Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil: Aumento da Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos”, onde se propunha que o Brasil aumentasse a qualidade da sua gestão e racionalizasse o gasto público do SUS. Duas características principais foram apontadas: a necessidade de se desenvolver e

ampliar a noção de autonomia e de *accountability* (autoridade para gerenciar recursos), e indicava estratégias para tal, como a implementação de diversos modelos de gestão autônoma, como as Organizações Sociais, por exemplo (BANCO MUNDIAL, 2007 apud CORREIA, 2012).

Dentre os ‘novos modelos de gestão’ da saúde existentes, um em especial vem se consolidando na realidade brasileira de forma avassaladora no sentido do desmonte dos direitos sociais e trabalhistas conquistados ao longo de várias lutas sociais travadas historicamente. Trata-se da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa esta componente da “estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos” (Projeto de Lei nº 1.749/2011). Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro - 45 Hospitais Universitários. A EBSERH desvincula na prática os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública e a produção do conhecimento na área de saúde.

Diante do exposto, pode-se inferir que esses ‘novos modelos de gestão’, mesmo que com suas particularidades, integram a estratégia da contrarreforma do Estado, já que flexibiliza a gestão e os direitos sociais e trabalhistas, privatizando o que é público ao apresentar a mesma natureza do repasse do fundo público para o fundo privado. Essas áreas que estão sendo repassadas para o setor privado são aquelas de relevante importância nas lutas sociais cotidianas pela efetivação dos direitos. E outro aspecto determinante para esse processo é o aumento considerável do número de planos privados de saúde no Brasil, nos últimos anos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que acompanha esse crescimento, faz um balanço geral desses danos anualmente e, na última pesquisa realizada, em setembro de 2013, o número total de operadoras de planos de saúde era de 1.268, que aglutinam 71.011.159 beneficiários, sendo que 70,8% estão alocados em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e os outros 29,2%, em planos exclusivamente odontológicos. Isso significa que cerca de 35% da população brasileira, mais de um terço de todos os habitantes do país, já estão recorrendo à iniciativa privada para cuidar de sua saúde, com forte concentração na região sudeste e no Distrito Federal (ANS, 2014).

Mas como se encontra a qualidade desses planos de saúde? A que se deve esse aumento alarmante das contratações dessas operadoras? Podemos inferir, diante do exposto, em face da ofensiva neoliberal, que a qualidade dos serviços sociais oferecidos através das políticas públicas em nosso país é precária, uma vez que, historicamente, as políticas sociais brasileiras se apresentam como um conjunto de medidas assistencialistas e focalizadoras, mas que não tem como compromisso real a erradicação da pobreza no país. Assim também não é diferente com relação à política de saúde. Ao focar na atenção básica, o SUS não se universalizou nos termos de seus princípios e diretrizes (SILVA, 2010).

A não ampliação do atendimento público e de qualidade fez com que a hoje classificada classe média brasileira, aquela que recentemente saiu da linha da miséria e que utiliza do recurso de programas de transferência de renda para movimentar a roda do mercado, buscasse alternativas para garantir que suas necessidades de saúde fossem atendidas. Ocorre que os planos de saúde que figuram no cenário atual não alcançam altos índices de satisfação dos beneficiários, e mesmo quando alcançam, não significam a garantia preconizada constitucionalmente do direito à saúde gratuita, universal e de qualidade.

Esse processo de migração no atendimento à saúde ficou conhecido como “universalização excludente” e consiste em parte fundante do interesse desta pesquisa. Termo cunhado por Faveret Filho e Oliveira (1990), a tese da “universalização excludente” diz respeito à migração de usuários do SUS, que passaram a participar do mercado de trabalho com maior frequência (mesmo que em empregos precários), para seguros privados. Isso ocorreu porque a contrarreforma na área da saúde sucateou o SUS público e gratuito, com a desculpa da busca por sua universalização. Tratava-se de um processo em que se buscou ampliar os atendimentos da atenção básica, reduzindo os de média e alta complexidade, ao se controlar a demanda por esses serviços e ao repassar aqueles mais especializados para a mão faminta da iniciativa privada. Assim, a qualidade dos serviços de saúde pública decaiu significativamente, ocasionando esta migração para os planos privados de saúde, a partir da década de 1990.

A ampliação das operadoras de planos de saúde privados está cada vez mais visível e frequente na realidade brasileira, conforme exemplo apontado por Correia & Omena (2013) ao relatarem que no ano de 2013 foi realizada a venda de 90% da AMIL (considerada a maior operadora de plano de saúde do Brasil) para a empresa

norte-americana United Health. A estratégia desta empresa norte-americana é ampliar sua cobertura de atendimento para o Brasil dentre o público de baixa renda.

Dessa forma, a ampliação do serviço de atenção básica vem sendo utilizada como discurso para a universalização do SUS, configurando, assim, uma “universalização excludente”. Excludente porque não inclui todos os brasileiros, nem mesmo na atenção básica; porque não oferece serviços de média e alta complexidade gratuitos e de qualidade para toda a população; porque entrega na mão faminta da iniciativa privada os atendimentos especializados, privando muitos brasileiros de ter acesso à eles. Assim, os trabalhadores melhores remunerados são impulsionados a integrar o rol de clientes das operadoras de planos de saúde, chegando o Brasil à marca de segundo maior mercado mundial de seguros privados, perdendo somente para os Estados Unidos (CORREIA & OMENA, 2013).

Vale ressaltar que um aspecto crucial nesta problemática é o financiamento, que foi negligenciado. Ademais todo o discurso de reforma na área da saúde, não houve investimentos significativos e eficazes para que esta política fosse financiada adequadamente a ponto de atingir parcelas maiores da população que dela necessita.

Assim, nota-se um conflito entre dois projetos de política de saúde que embasariam as ações do governo presentes no cenário brasileiro nos últimos 30 anos pelo menos: o primeiro seria o que faz alusão à Reforma Sanitária e seus princípios e diretrizes, já o segundo seria o privatista, evidenciado mais fortemente a partir da década de 1990. Bravo (2006) afirma que, embora o discurso do compromisso com o acesso universal e da saúde como direito de cidadania, um dos pilares do primeiro projeto, tenha sido amplamente utilizado como bandeira de ação, foram as diretrizes do segundo projeto, o privatista, que imperaram. Além disso, faz-se importante ressaltar aqui a falta de compromisso político em consolidar a Seguridade Social por parte do governo. Como exemplo, podemos citar o Pacto pela Saúde, criado em 2006, que tinha como objetivo rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação dos seus princípios.

Mesmo com toda essa proposta de problematização e de avanço, e mesmo com o discurso da Reforma Sanitária tendo permanecido no rol da retórica dos governantes desse país, permaneceu a inércia da não mudança. As características neoliberais continuam a compor o íntimo da política de saúde e apresentam facetas ainda mais profundas. A disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos

anos de 1990 – continuou, mesmo que alguns aspectos da Reforma Sanitária tenham sido discutidos. O que se percebe é que as políticas focais permaneceram, bem como a articulação com o mercado.

Diante do exposto, vemos que as diversas modificações e influências por que passou e passa a política pública de saúde brasileira foram ocorrendo aos poucos por dentro do próprio sistema capitalista. Estratégias foram utilizadas nesta contrarreforma, como a refuncionalização dos princípios do SUS, as lideranças sofreram transformações, principalmente aquelas que defendiam a Reforma Sanitária e hoje defendem o projeto do “*SUS possível*” (SOARES, 2010).

Este é considerado um projeto que configura uma terceira proposta para a condução da política de saúde no Brasil. Consiste em um misto de características do setor privado com alguns princípios político-emancipatórios flexibilizados, proposta esta defendida pelas antigas lideranças do movimento da reforma sanitária, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS. Tem-se, desse modo, uma reatualização de velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês, onde os problemas são atribuídos à gestão (pública), o que dá margem para a justificativa de que as parcerias com o setor privado são necessárias. Este terceiro projeto tem vinculação direta com o segundo, e ambos são tão parecidos que podem ser considerados, a rigor, como um só.

Essas lideranças, como o próprio Gramsci (apud NOGUEIRA, 2003) já sinalizou e que já foi evidenciado nesta pesquisa, esbarraram no crescente viés individualista e mercantilista de enxergar a realidade e, por esse motivo, perderam a capacidade de se unificar em prol de uma causa coletiva. Desse modo, entendendo (e ao serem induzidos pela ideologia neoliberal) que o projeto de Reforma Sanitária pensado na década de 1980 não poderia mais ser posto em prática e por começarem a desacreditar de seus princípios, passaram a buscar reintroduzir elementos conservadores na política de saúde.

O essencial da sociedade civil como entende Gramsci se perdera, a capacidade de agir coletivamente por dentro do Estado (como ocorrera nos movimentos que culminaram no direito à saúde universal em 1988), de fortalecer essa luta e projetar os ideais em ações hegemônicas foi se tornando tarefa e realidade escassa na saúde brasileira.

Esse “novo” projeto para a saúde vem sendo nomeado como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade do SUS, em face dos limites da política

econômica, onde se defende a flexibilização da Reforma Sanitária. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica do capital.

Não bastassem as orientações que o Banco Mundial vinha fazendo sistematicamente ao governo brasileiro na conduta da política de saúde, em 2007 lançou um relatório que pretendia responsabilizar a gestão pelos retrocessos do SUS, seja no planejamento, na organização ou na gestão do orçamento. Como resposta, o governo Lula apresenta um Projeto de Lei (92/2007), propondo as Fundações Estatais de Direito Privado, como forma de instaurar no âmbito da gestão pública uma nova etapa do processo de contrarreforma, iniciado nos anos 1990.

Recorrendo a Granemann (2008), Soares (2010) sinaliza que “as fundações apresentam-se como um novo modelo de gestão no âmbito do SUS – resta-nos saber de que SUS estamos falando – e configura-se como a gestão privatizada do sistema, dando à iniciativa privada autonomia de gastos, de contratação, de gestão de recursos humanos, inclusive com seu próprio plano de carreira, emprego e salários, sem controle social” (p. 54). O segundo ponto da contrarreforma na área foi o chamado PAC da saúde, quando em 2007 o Ministério da Saúde lança o “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011”, que considerava o campo da saúde como estratégico para a integração do país num novo patamar de desenvolvimento.

5.2 A RACIONALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Em termos da racionalidade empregada nessas ações da contrarreforma, temos que a dita refuncionalização dos princípios do SUS escamoteia aqueles que são suprimidos, ao não negá-los explicitamente. Ou seja, são escamoteados com características da racionalidade hegemônica da reforma sanitária, porém incorpora elementos da racionalidade hegemônica burguesa. E para que isso ocorresse foi necessário que muitas lideranças fossem cooptadas e se transformassem em um engajamento ativo destes como defensores e/ou formuladores da contrarreforma, que se realiza de forma implícita por dentro do próprio sistema, como vemos em:

O rompimento com os elementos mais progressistas da reforma sanitária pode ser considerado como um rompimento com a sua racionalidade – que, como vimos era fundamentalmente político emancipatória. É certo que esse processo se dá perpassado por muitos conflitos e contradições. Mas, apesar desse tensionamento, a racionalidade instrumental se constrói e reconstrói e disputa hegemonia no interior da política de saúde brasileira e, mais precisamente, no SUS (SOARES, 2010, p. 60).

Dessa maneira, as estratégias presentes na condução do SUS estão fundadas numa racionalidade vinculada ao projeto de saúde privatista, que também apresenta vínculos com o projeto do SUS possível. É no governo Lula da Silva que essas ideias conservadoras dos modelos da contrarreforma conseguem se efetivar, pois cooptou intelectuais do seio da reforma sanitária, de seus líderes históricos. Uma das justificativas utilizadas para tal seria a de que diante da ofensiva catastrófica do grande capital, era preciso flexibilizar ou reatualizar o projeto da reforma sanitária de acordo com as novas necessidades sociais.

A racionalidade instrumental da contrarreforma na política de saúde fundamenta-se em três perspectivas diversas. São elas: “1. a primeira, baseada na razão formal-abstrata, também denominada racionalizadora, que atribui os conflitos e problemas do SUS às suas ineficiências internas que podem ser concebidas, inclusive, como irracionalidades [...]; 2. a segunda perspectiva, de inspiração estruturalista, tem grandes traços de continuidade com a primeira, pois mesmo elencando tendências denominadas como estruturais na sociedade (envelhecimento populacional, incremento tecnológico, etc.), que contribuem com a crise do sistema de saúde, não passa da superficialidade do imediato ao não identificar as mediações com as tendências do capitalismo contemporâneo e a estrutura de desigualdade social [...]; 3. por fim, a terceira perspectiva tem inspiração no irracionalismo contemporâneo e é, sem dúvida, uma das que contribui decisivamente para a reprodução da contrarreforma: diante do caos que se constitui boa parte do cotidiano de execução dos serviços de saúde – emergências lotadas, demanda maior que a oferta de serviços, listas de espera para UTI, falta de estrutura física adequada, falta de medicamentos, etc. – faz-se necessário o pragmatismo irracional e imediatista para fundamentar as práticas sociais no interior do sistema. Esse irracionalismo reproduz em seus agentes a perplexidade em relação à realidade, mas uma perplexidade passiva, como se esta fosse imutável, como se a história estivesse acabada” (SOARES, 2010, p. 63-64).

O que se pode destacar ainda é que diante dessa lógica do imediatismo, as instituições impulsionam os trabalhadores a atuarem no que é urgente, pragmático. No caso dos assistentes sociais que trabalham na área da saúde, as possibilidades de uma luta contra-hegemônica ficam cada vez mais restritas.

Como exemplo da hegemonia da racionalidade burguesa, podemos observar que as políticas sociais brasileiras têm buscado incluir o cidadão, mas essa é uma inclusão pobre, precária, que seguem uma lógica orientada pela focalização e não geram ferramentas e habilidades para que esse cidadão possa alcançar sua emancipação. Trata-se da inclusão que visa à integração das pessoas em níveis econômicos, proporcionando que sejam capazes de fazer parte da roda ativa da produção e do consumo, da roda ativa da mais-valia, do lucro, do capital. Todo esse processo tem em vista o controle e a regulação da pobreza, e não sua superação efetiva. Desse modo, as políticas sociais necessitam de maior articulação entre si e com a política macroeconômica no sentido da geração de condições de melhoria da realidade não só da saúde da população, mas também na satisfação de outras necessidades fundamentais do ser humano, por meio, por exemplo, de geração de empregos e de distribuição da renda socialmente produzida.

5.3. A NEGAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA JUDICIALIZAÇÃO

A garantia da efetividade do direito a saúde vem sofrendo uma série de ataques. Existe uma grande lacuna entre o que é assegurado nos dispositivos legais, como a Constituição de 1988, e a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (que prevê em seu art. 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício), e entre o que é efetivado em termos de serviços de saúde pública.

Fazendo um breve retrospecto, devemos lembrar que a saúde adquiriu com a Constituição de 1988 a dimensão jurídica de cidadania, com seu caráter de universalidade. Entretanto, o Estado tem passado a se esquivar do seu dever, com a justificativa de que não possui orçamento público suficiente, e acaba se omitindo de sua obrigação de prover assistência à saúde de sua população. Por essa razão, surge um fenômeno chamado de judicialização da saúde, que vem se intensificando

nos últimos anos, ocasionando a expedição mensal de milhares de mandados em todo o país.

O início desse processo pode ser verificado quando pacientes passaram a não receber seus medicamentos antirretrovirais (que combatem o avanço do vírus HIV) e passaram a recorrer à via judiciária e diversas liminares foram expedidas obrigando o Estado a fornecer gratuitamente remédios de alto custo que não constassem na lista do SUS. Diante disso, em 1996, uma Lei tornou obrigatória a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Esse fato proporcionou que a Lei 9.313/1996 também previsse que o Ministério da Saúde revisasse e ampliasse a padronização das terapias, a fim de que os usuários pudessem ter acesso ao que de mais atual estivesse disponível no mercado para este fim (CORREIA & SILVA, 2013).

O princípio do SUS mais atingido pela não conformidade da política pública de saúde no Brasil é exatamente o da universalidade. Para Matta (2007) 'a universalidade é o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação popular'.

Tendo em vista que o caráter universal do acesso à saúde vem na contrapartida da tradição previdenciária e meritocrática do sistema de saúde brasileiro, conforme estruturado historicamente antes da Reforma Sanitária brasileira, é preciso ressaltar que o SUS foi e ainda é alvo de contrarreformas neoliberais, que têm atacado esse caráter universal e público visando seu desmonte, como consequência da invasão privatista na área da saúde diante da interferência direta de organismos financeiros internacionais. Essas são características chave para que se possa compreender a não concretização do acesso à saúde pública e de qualidade no Brasil, o que resulta no aumento alarmante da judicialização da mesma como uma das consequências.

O termo judicialização da saúde tem sido utilizado no Brasil para expressar a crescente demanda judicial relacionada à política de saúde e a tomada de decisão na assistência à saúde. A busca da efetivação dos direitos previstos formalmente no texto constitucional de 1988 tem como mecanismo para a sua consolidação: a judicialização da saúde. Nesse sentido, a utilização da via judicial se faz necessária com intuito de garantir o acesso à saúde, inclusive à assistência farmacêutica (AF). (CORREIA & SILVA, 2013).

O ministro Teori Zavascki esclarece que o direito à saúde não deve ser entendido “como direito a estar saudável”, mas, sim como o direito “a um sistema de proteção à saúde que dá oportunidades iguais para as pessoas alcançarem os mais altos níveis de Saúde possíveis”. No entanto, o ministro pondera que isso não significa que a garantia constitucional não tenha eficácia. “Há certos deveres estatais básicos que devem ser cumpridos”, explica. “Assim, a atuação Judicial ganha espaço quando inexitem políticas públicas ou quando elas são insuficientes para atender minimamente”, conclui o ministro do STJ. (STJ, 2010 apud CORREIA & SILVA, 2013).

No campo específico da saúde, a judicialização tem se materializado sob a forma de garantia de acesso a bens e serviços por intermédio de recurso a ações judiciais. As ações judiciais podem ser um canal legítimo de defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos à medida que o Estado não implementa de maneira adequada as políticas públicas. Esse processo, pode-se dizer, é reflexo da “universalização excludente” verificada no tocante ao acesso à saúde pública, uma vez que se esse acesso estivesse sendo garantido não haveria necessidade da judicialização.

Vale ressaltar que não constitui tarefa do Poder Judiciário a estipulação de política pública; entretanto, não se pode omitir diante das situações em que direitos constitucionais estão sendo lesados, como é o caso do não cumprimento de serviços de saúde pelo Estado, por exemplo, tendo em vista a sua obrigatoriedade, assumindo, assim, um caráter de guardião e garantidor dessas políticas públicas.

No entanto, este Poder tem sofrido alterações fundamentais, passando a atual como órgão calibrador de tensões sociais, solucionando conflitos de conteúdo social e político, além do jurídico. Diante disso, faz-se necessário o estímulo ao debate e interlocução entre profissionais do sistema de justiça e da área da saúde, a fim de que as decisões sejam tomadas com responsabilidade e respeitando as particularidades de cada área, sempre visando a garantia dos serviços de saúde, por meio da via judicial.

Assim, podemos inferir que a judicialização da saúde tornou-se uma estratégia e uma ferramenta importante para garantir o direito aos serviços, uma vez que se verifica, cada vez com mais frequência, a crescente lacuna existente entre a garantia legal dos direitos sociais e a sua efetivação (CORREIA & SILVA, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, é válido salientar que a discussão sobre os determinantes da política de saúde no Brasil são diversos e não se esgotam nos objetivos engendrados e perseguidos aqui. Por esse motivo, é necessário estarmos sempre em contínua reflexão diante de um tema que demanda esforços múltiplos na compreensão e avaliação crítica da realidade e que demanda atitudes coletivas e incisivas na direção de um SUS *realmente* universal e de qualidade.

Foi possível verificar que a saúde passa por um processo contínuo e crescente de mercantilização, em que os ideais da Reforma Sanitária estão sendo ressignificados e refuncionalizados no atual cenário brasileiro, cenário esse que contempla cada vez mais os ditames neoliberais, principalmente quando falamos da interferência direta, traiçoeira e constante, porém escamoteada, dos organismos financeiros internacionais, tendo como protagonista na área da saúde o Banco Mundial.

O viés privatista invade a cena da política de saúde brasileira pela via do Estado e com seu livre consentimento e incentivo, se infiltra e se instaura de tal forma que já não conseguimos muitas vezes dissociá-los. A iniciativa do MARE com a chamada reforma, ao descentralizar os serviços no intuito de promover a disseminação das ações de saúde, promoveu a transfiguração da política pública de saúde de algo fundamentalmente com caráter de direito social, fruto de diversas lutas coletivas pela democratização no país, que culminou em direito constitucional e dever do Estado, para algo sem qualidade e sem futuro. O SUS passa a ser alvo de inúmeras críticas quanto à sua funcionalidade e eficácia, o que, aliás, já começa a dar sinais da alteração da racionalidade desta política, que inicialmente assumia um caráter emancipador, e passa a assumir (mesmo que a contragosto) fundamentalmente um caráter burguês.

Passamos, assim, a ser expectadores de uma “universalização excludente”, onde os atores principais, os entes privados travestidos de operadoras de planos de saúde, assumem o papel de receptores dos usuários de um SUS não efetivado em seus princípios e diretrizes, sucateado, incompleto e, sobretudo, um SUS que não recebe do Estado a atenção devida e de sua responsabilidade, já que um dia foi considerado o sistema de saúde público mais evoluído e cidadão que o mundo teve a oportunidade de vislumbrar. Essa “universalização excludente”, expressa na

migração dos usuários do SUS para os planos de saúde privados através de pagamento, vai de encontro totalmente ao que realmente se entende e se tem preconizado na Constituição Federal e nos demais mecanismos legais como sendo a universalização da saúde.

Não se pode falar em universalização de fato quando não há possibilidade da ampla inserção da população, e sabemos que grande parte dos brasileiros ainda não está inserida no mercado de trabalho e, portanto, não se encontram em condições econômicas de aderirem a esses planos. Mesmo se assim fosse, os preceitos constitucionais prevêm que a saúde deva ser oferecida de forma gratuita a todos os brasileiros. Porém, o que se verifica é o descumprimento deste preceito e, não fosse o bastante, o Estado passa a desonerar as empresas do setor, fornecendo mais subsídios públicos ou reduzindo tributos federais.

Esse processo possui semelhança com a cidadania burguesa de Marshall (1967 apud BRITO *et al.*, 2011), uma vez que se promove a ideia de enriquecimento do conjunto dos direitos sociais, dando a falsa ideia de igualdade entre os homens sob o alicerce da cidadania democrática de direitos. Ao buscar ampliar a atenção básica ao máximo possível de usuários (mesmo não se preocupando com a qualidade deste serviço), dissemina-se a ideia de que todos são iguais no atendimento à saúde, o que não é verdade tendo em vista a amplitude dos princípios do SUS estabelecidos.

Diante do exposto, podemos chegar a uma fatídica conclusão: embora estejam consolidados direitos sociais, como o direito à saúde, fruto de lutas de pressões políticas e de organização coletiva, que foram reconhecidos na Constituição mais progressista da história, somente isso não está bastando para a sua efetivação real no contexto das investidas selvagens do capitalismo. Nesse sentido, algumas posturas têm de ser tomadas e algumas estratégias, montadas. Uma delas que está em expansão, e que surge como ferramenta para enfrentar a omissão do Estado em seu dever de garantir a saúde da população, é a via judicial. Assim, o poder judiciário “tem sido provocado a coagir a administração pública a cumprir o dever que a Constituição lhe impõe, garantindo, assim, o exercício do direito à saúde” (BARROSO, 2008 apud BRITO *et al.*, 2011).

Devemos, portanto, lançar mão de estratégias possíveis para que esta realidade possa ser alterada e as expressões da questão social na área da saúde sejam minimizadas. Um dos aspectos fundamentais que pode ser levado em

consideração é o fato de que muitos dos ideais da Reforma Sanitária foram, sim, subvertidos, mas não estão enterrados e ainda podem ser resgatados na perspectiva da universalização, de fato, de um sistema público de saúde. Mediante o controle social, que tem como protagonistas todos nós (usuários do sistema, profissionais de saúde, professores, acadêmicos, pesquisadores, enfim, cidadãos brasileiros), devemos acompanhar de perto as medidas impostas pelo poder público e também aquelas admitidas através de instituições privadas de cunho econômico, a fim de instaurar um novo tempo na capacidade organizativa e combativa na defesa do SUS que queremos.

Se nós, profissionais que integramos as equipes de saúde, iniciarmos esta caminhada por dentro de nossas categorias, e chacoalhando as estruturas conservadoras das nossas instituições, levando a problemática para ser discutida dentro dos nossos espaços de trabalho, nas universidades, nos Conselhos de Saúde, nas Ouvidorias de Saúde, enfim, nos espaços públicos, podemos alavancar a discussão e resgatar a atividade coletiva de uma sociedade civil nos termos de Gramsci, onde é possível exercermos o protagonismo social nas reivindicações que nos são justas, atuando como verdadeiros intelectuais orgânicos que podemos ser.

Precisamos também perseguir a transparência na divulgação dos recursos dirigidos ao financiamento da saúde e também daquele destinado à suplementação da iniciativa privada, além de incentivar uma reforma política que privilegie a atuação do Estado como ente que tem o dever de zelar e garantir a saúde aos seus cidadãos. Existem hoje muitas iniciativas importantes e imprescindíveis nesse sentido, na luta pela concretização dos ideais da Reforma Sanitária, dentre eles a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que funcionam como instituições que aglutinam as lutas por um SUS 100% público, estatal e de qualidade e as quais temos o compromisso de fortalecer.

Esta pesquisa, enfim, teve por objetivo ampliar e contribuir para a discussão sobre os rumos da política de saúde no Brasil, a partir do movimento da Reforma Sanitária, ao entender que este constituiu o marco referencial da luta pela saúde pública e de qualidade. O processo de “universalização excludente”, que teve início da década de 1990 não está finalizado. Pelo contrário, encontra-se, hoje, com características ainda mais ofensivas, e pode ser considerado não só como a migração dos usuários do SUS para planos privados de saúde, mas também como ícone de um movimento de sucateamento e desrespeito a um sistema público de

saúde que é fruto de lutas árduas pela democratização nesse país e de cerceamento de um direito fundamental de todo brasileiro.

Outro aspecto a ser salientado é a importância de se analisar as funções do Estado diante das alterações da realidade das políticas sociais no Brasil, tendo em vista que este ente figura cada vez mais como coadjuvante na efetivação dos direitos, mas cada vez mais atuante no incentivo à ofensiva capitalista ao se isentar de suas responsabilidades sociais e se mostrar fortemente aberto diante das demandas econômicas, em escala cada vez mais crescente. Se não nos atentarmos para a atuação do Estado nessa realidade estaremos fadados a enxergar somente o superficial, fato que não pode ocorrer se somos uma profissão que luta historicamente para que se ultrapasse as amarras do imediato, e se possa atingir as mediações e o que está por trás, levando em consideração tanto a estrutura como a superestrutura.

Por acreditar que é possível alterar essa realidade adversa, devemos nos valer da política social, como movimento dialético que envolve vários atores e aglutinam seus interesses; essa deve ser a via pela qual a saúde passe a ser efetivada como 100% pública e de qualidade. Mas uma política social, como diz Pereira-Pereira (2012), “a serviço do *trabalho* na sua luta endêmica contra o *capital*”, atuando na correlação de forças existente e buscando imprimir o sentido de desenvolvimento que se vislumbra.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S.H. Política social e Combate à Pobreza: a teoria da prática. *In*: ABRANCHES, S.H., SANTOS, W.G., COMIMBRA, M. **Política Social e a Questão da Pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, E. & GENTILI, P. (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 09-23, 1995.

BARROS, A.J.S. & LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Um guia para a iniciação científica. 2ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BEHRING, E.R. & BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez. Biblioteca Básica do Serviço Social, v. 2, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde nº 96 – NOB/96**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 20/02/14.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília: MARE,. (Cadernos MARE da Reforma do Estado; c. 13), 1998.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M.I.S. & MENEZES, J.S.B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: **CADERNOS DE SAÚDE. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rede Sirius, Rio de Janeiro, 2011.

BRAVO, M.I.S & CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. *In*: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109: 126-150, jan./mar. 2012.

BRITO, D.F., MIRANDAR, D.S.M., FERREIRA, S.I.T., CAMPOS, S.A.G., NUNES, D.V.O. **A “UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE” DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUA INTERFACE NO CAMPO DOS DIREITOS SOCIAIS**. *In*: Anais do XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e do XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

CARDOSO, L.A. O conceito de racionalização no pensamento social de Max Weber: entre a ambigüidade e a dualidade. *In: Teoria & Sociedade*, nº 16: 256-275, janeiro-junho de 2008.

CARNUT, L. Desafios das políticas sociais no Brasil: o caso da universalidade da atenção primária à saúde – primeiras notas. *In: J Manag Prim Health Care*, vol. 2(1): 25-29, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais.** Recife, 2005, 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

_____. A SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. *In: TEMPORALIS: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS / Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios*, MA, Ano VII, n. 13, p. 11-38, 2007.

_____. A privatização da saúde na atualidade. *In: Anais do XIII Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social.* Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

_____. Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS? *In: BRAVO, M.I.S. & MENEZES, J.S.B. (Orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.* Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

CORREIA. M.V.C. & OMENA, V.C. **A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: a funcionalidade da saúde suplementar.** *In: Anais da VI Jornada Internacional de Políticas Públicas.* São Luis, 2013.

FALEIROS, V. de P. **A política social do Estado Capitalista.** 12 ed. 1ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 2012.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *In: Interface – Comunicação, Saúde, Educação.* V. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez, 2005.

FERNANDES, F. (Org.). *Lenin: Política*. Coleção Grandes Cientistas Sociais. 3ª Ed. vol.5. São Paulo: Editora Ática, 1978.

FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 743-752, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo, Editora Atlas S.A., 2008.

HAAS, F. Política social como política pública. *In: Revista da Escola Superior Dom Helder Câmara – Veredas do Direito*. vol.(3), 2004.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social**. 3ª ed. São Paulo, Ed. Cortez, 2008.

LIGUORI, G. Estado e sociedade civil: entender Gramsci para entender a realidade. *In: COUTINHO, C.N. & TEIXEIRA, A.P. (Orgs.). Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 173-188, 2003.

_____. **Roteiros para Gramsci**. Tradução de Luiz Sergio Henriques. Editora UFRJ. Rio de Janeiro, 2007.

LOBATO, L.V.C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 721-730, 2009.

MEDEIROS, S.M.A. **DIREÇÃO DAS LUTAS DOS TRABALHADORES: O CASO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**. Tese de Doutorado (não publicada). Recife, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004a.

MINAYO, M.C.S (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23ª ed. Editora Vozes, 2004b.

MOTA, A.E., BRAVO, M.I.S., UCHÔA, R., NOGUEIRA, V., MARSIGLIA, R., GOMES, L., TEIXEIRA, M. (Orgs.). **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Ed. Cortez, 2006.

NETTO, J.P. **DITADURA E SERVIÇO SOCIAL. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 16ª edição. 1ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, M.A. As três ideias de sociedade civil, o Estado e a politização. *In: COUTINHO, C.N. & TEIXEIRA, A.P. (Orgs.). Ler Gramsci, entender a realidade.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p: 215-234, 2003.

OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008.*

PEREIRA-PEREIRA, P.A. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. *In: Ser Social, Brasília, n. 10, p. 33-55, 2002.*

_____. Utopia desenvolvimentistas e política social no Brasil. *In: Serviço Social & Sociedade.* São Paulo, n. 112, p. 729-753, 2012.

PORTARIA Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006.

RUA, M.G. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos.** s.d. Disponível em: < <http://www.dieese.org.br/dieese/projetos/SUPROF/AnalisepoliticaspUBLICAS.PDF>>. Acesso em: 20/05/2013.

RIBEIRO, J.M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *In: Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 771-782. 2009.*

SANTOS, L. dos R. S. **A REGULAÇÃO NA SAÚDE E O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO SOB A ORIENTAÇÃO DO BANCO MUNDIAL.** Jundiaí: Paco Editorial, 2011.

SILVA, C.B. & CORREIA, M.V.C. **Relatório Final de Projeto de Pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Alagoas.** Alagoas, 2013.

SILVA, M.O.S. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *In: Revista Katálysis*, v.13(2): 155-163. jul./dez. de 2010.

SIMIONATTO, I. **GRAMSCI: Sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez Editora. 2004. _____ . A cultura do capitalismo globalizado. Novos consensos e novas subalternidades. *In: COUTINHO, C.N. & TEIXEIRA, A.P. (Orgs.). Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p: 275-289, 2003.

SOARES, R. C. Banco Mundial e a contrarreforma do estado brasileiro: as inflexões da responsabilização da sociedade civil no programa de DST/Aids. *In: Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), Brasília, ano VI, n. 12: 79-91, jul./dez. 2006.

_____. **A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese de Doutorado (não impressa). Recife, 2010.

TRISTÃO, E. A opção neoliberal do primeiro mandato do governo Lula. *In: Ser Social*, Brasília, v. 13, n. 28, p. 104-128, jan./jun., 2011.

YAZBEK, M.C. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.