



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS

**A FUNÇÃO SOCIAL DO ESTADO EM PROL DA MERCANTILIZAÇÃO DA  
SAÚDE NO BRASIL: elementos para compreender a lógica privatista e alguns  
mecanismos de defesa do SUS**

São Cristóvão/SE  
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS

Edinara Fernanda de Jesus Costa  
Silvia Maria Silva França

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social sob orientação do Prof. Me. Everton Melo da Silva.

São Cristóvão/SE  
2017

Edinara Fernanda de Jesus Costa  
Silvia Maria Silva França

**A FUNÇÃO SOCIAL DO ESTADO EM PROL DA MERCANTILIZAÇÃO DA  
SAÚDE NO BRASIL: elementos para compreender a lógica privatista e alguns  
mecanismos de defesa do SUS**

São Cristóvão, 27 de setembro de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Everton Melo da Silva (orientador)  
Departamento de Serviço Social/ Universidade Federal de Sergipe

---

Prof<sup>a</sup> Me. Laryssa Gabriella Gonçalves dos Santos (examinadora)  
Departamento de Serviço Social/ Universidade Federal de Sergipe

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magaly Nunes de Góis (examinadora)  
Assistente social da PRONESE

*Dedico este trabalho ao meu segundo pai **Jelso** (in memoriam) por ter sido uma das únicas pessoas que acreditaram em mim e que sabia que eu iria conseguir atingir este sonho. Dedico à você por ter ajudado tanto a minha mãe e por ter feito um belo papel de pai (além do meu avô), apesar de eu não ser sua filha. Que Jesus esteja contigo!*

**(Edinara Fernanda de Jesus Costa)**

*Dedico este trabalho aos meus pais **Creivane** e **Silvio** por todo o esforço que fizeram por mim durante os quase 5 anos dessa jornada ainda inconclusa*

**(Silvia Maria Silva França)**

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro momento, agradeço a **Deus** por me proporcionar a realização desse sonho tão almejado. Por ter me dado forças durante esses quase 5 anos, para continuar seguindo em frente quando tudo estava desandando, e por ter me permitido fazer a escolha certa da profissão a qual irei seguir.

A minha mãe, **Edinalva**, por toda a dedicação, amor e confiança concebidos a mim durante toda a minha vida, em especial a todas as vezes que ela abdicou de algo para estar ao meu lado e a me ajudar a passar por essa etapa. “Mãe, à senhora tenho total admiração, carinho e amor infinito por tudo o que a senhora representa na minha vida! Obrigada pelas brigas, pelos ensinamentos e por todo o amor dedicado a cada momento da minha vida. Eu te amo”.

Ao meu irmão, **Ediálison**, que mesmo longe sempre esteve ao meu lado para tudo o que eu precisasse. “Irmão, meu amor por você é incondicional, mesmo que eu não demonstre o suficiente!”.

Aos meus avós, **Maria e João**, por terem sido meus exemplos, meus segundos pais e por todos os ensinamentos e palavras de afeto. “Estou morrendo de saudades, amo vocês”. Agradeço também a toda a minha família, tios, primos, primas, pelas mensagens de apoio, principalmente, por estarem torcendo pela minha felicidade e pelos meus objetivos durante todo esse tempo.

Agradeço de coração às integrantes da “Casa das 5 Mulheres” por quem aprendi a amar, cada uma ao seu jeito lindo de ser. Em especial a **Silvia**, minha companheira de todas as horas durante TODOS esses anos de UFS. “Vinha, lembro como se fosse hoje, o dia em que eu cheguei na UFS, perdida. Você foi a primeira pessoa a falar comigo, a me incluir na turma, a aceitar uma pessoa estranha que não tinha ninguém nessa terra tão longe de casa. Agradeço imensamente, de todo o coração por me aceitar na sua vida e na sua família. Não tenho palavras para descrever o quanto amo você”. **Izabel**, minha doce Bel, a pessoa mais meiga e mais paciente que eu já conheci na vida. Minha companheira de quarto, de conversas mais loucas (rs). “Obrigada pelos conselhos, pelos puxões de orelhas e, principalmente, por me aguentar as 24 horas do dia. Te amo”. **Francielle**, a pessoa mais sentimental e amorosa da casa. “Fran, agradeço por você ser a pessoa mais prestativa e parceira durante esses quase 2 anos que moramos juntas. Amo você”. **Rafaela**, a minha linda mestranda e a mais louca da casa. “Te agradeço pelas boas risadas que você arranca de mim, mesmo quando estou chateada, o que é

quase sempre né?! Rrsrs. Conte sempre comigo para tudo (mas para pagar as contas não. Kkkkk). Amo você”.

Os meus agradecimentos também a **Robertta** e **Taynara**, agregadas da casa que sempre dividiram as alegrias e tristezas, que sempre oraram por mim e cuidaram de mim. “Obrigada meus amores, de coração”. A **Maicon, Silas** e **Manoel** que também compartilharam comigo alegrias e boas risadas.

Agradeço imensamente e profundamente a **Jakison**, por essa amizade tão longa e tão linda. Por todas as conversas, por todos os “já ligou para sua mãe?!” e por todo o apoio e carinho desde a adolescência/juventude.

A toda a família de Silvia, em especial sua mãe, **Creivane**, por ter me acolhido como uma filha e cuidado sempre de mim, bem como a **Alice, Erike** e **Eduardo**, a qual tenho muito carinho.

A dona **Sônia**, por ter me acolhido em sua casa num período difícil da minha vida. Agradeço imensamente por todo o apoio que a senhora me deu e pelas orações a minha mãe.

A minha supervisora de estágio, **Claudia Itatiana** por ser tão maravilhosa no que faz, e por fazer me apaixonar cada dia mais pela saúde.

A **Renk**, pela total dedicação nesse processo árduo de construção do TCC. A você agradeço imensamente por ter ajudado na difícil decisão de qual linha seguir, em como seguir, e principalmente, onde parar. Faço minhas as palavras de Silvia: “sinto-me privilegiada por te ter como orientador”. E espero que não paremos por aqui. Obrigada, de coração!

Agradeço aos docentes do DSS, por terem contribuído na minha formação acadêmica, em especial a **Magaly**, pessoa a qual tenho total admiração; e a **Laryssa**, docente maravilhosa no que faz e que sempre diz que nunca aparecíamos nas suas aulas (rsrs). Agradeço por aceitarem fazer parte da minha banca, juntamente com Silvia, e por compor o trio (juntamente com Renk) que qualquer discente deseja na reta final da graduação. Dos docentes do DSS, ainda agradeço a **Clara Angélica**, por ser tão extraordinária durante os 4 períodos que me acompanhou na academia.

Enfim, agradeço imensamente a todos que contribuíram nesse processo árduo de construção de conhecimento, e por terem feito eu me apaixonar completamente por essa linda profissão. Meu muito obrigada!

**Edinara Fernanda de Jesus Costa**

### **Primeiramente, nenhum direito a menos #FORATEMER.**

Hoje se encerra um dos momentos mais desejados da minha formação acadêmica. Encerra-se, parcialmente, mais um ciclo que está refletido no aprendizado, no amadurecimento e na felicidade da conquista aqui *alcançada*. Esta vitória não teria sido tão perfeita sem os anjos que permaneceram me incentivando durante este percurso da minha vida, por isso quero agradecê-los por todo o companheirismo e dedicação a mim prestados.

Agradeço, primeiramente, a **Deus** pelo dom da vida, e por me permitir sabedoria no momento da escolha do curso, ao qual tenho o privilégio de dizer que faço parte, podendo reafirmar a cada dia que fiz a escolha correta. Agradeço também pela saúde e determinação permitidas no enfrentamento das dificuldades encontradas no decorrer desse percurso.

Aos meus pais pelo amor incondicional dedicados a mim durante toda a vida, em especial, nos últimos quase 5 anos. A minha mãe **Creivane**, a mulher mais incrível e batalhadora que conheço, a qual abdicou de muitas coisas para me manter longe de casa me dando todo o suporte necessário na busca de um sonho. A senhora sempre foi minha referência de vida. E, ao meu pai **Silvio**, ao qual tenho orgulho de dizer que é um homem humilde, da roça, que não chegou nem a cumprir o ensino fundamental menor, mas que sempre fez de tudo para nos possibilitar uma qualidade de vida e um estudo melhor.

Aos meus irmãos **Eduardo** e **Erike** por estarem sempre dispostos a me esperar nas estradas da vida, e me levarem para casa quando decido me despencar de Aracaju à Porto da Folha, tendo que ficar no meio do caminho para então chegar no Povoado. A minha caçula **Cíntia Alice**, a moça mais linda dos olhos claros que já vi, a qual dediquei parte da minha vida, cuidei, amei e criei até os 9 anos de idade. Te amo, minha pequena.

Ao meu eterno companheiro **Silas Rodrigues**, o namorado mais doce, gentil e guerreiro que os corredores da UFS poderia ter me proporcionado. Te agradeço de maneira especial pela paciência que teve comigo nessa reta final, sendo capaz de suportar meu estresse e mau humor diário, ficando ao meu lado, me incentivando, respeitando e apoiando minhas escolhas. Suas contribuições de futuro geógrafo foram fundamentais para meu processo de formação, e sei que estaremos sempre juntos trocando novos conhecimentos, pois a nossa jornada continua. Você também faz parte dessa história, muito obrigada, meu amor.

Agradeço também de forma especial a denominada “casa das cinco mulheres”, a casa que reside aquelas com quem passei os melhores e piores momentos da academia. Cada uma veio a contribuir de forma diferente e especial: **Edinara**, você é a pessoa que hoje está compartilhando comigo o sentimento de *dever cumprido*, e, além disso, é a pessoa que me

ensinou o *verdadeiro significado da amizade*, que desde o início do curso esteve ao meu lado sorrindo, chorando e brincando diariamente (assim como fiz contigo), por isso, juntas, desde o início, cumprimos o árduo papel de construir este TCC, fato que torna a nossa união ainda maior. Estar com você em todo o percurso da formação é algo que levarei para sempre comigo. **Izabel**, você deveria ser a mais doce da nossa humilde residência, mas resolveu mostrar que ser doce, nem sempre é ser calma, vai muito além de promover a paz universal, afinal, ser doce é também ser dura quando necessário pelo bem do próximo. **Francielle**, morar contigo foi um presente de Deus, me mostrou o quanto é confortável estar com alguém que sempre te faz sorrir por bobagem, alguém que está sempre pronta para ajudar. E, por fim, **Rafaela**, a intrusa da geografia que contribuiu com suas dicas de textos, ABNT, e norteamento nas discussões que foram fundamentais nesse processo, e mais: essa casa não seria a mesma sem uma futura doutoranda. Meu amor por vocês é incondicional, estamos chegando na reta final e a hora de nos despedirmos, mas continuaremos firmes na luta.

A “casa das cinco mulheres” é composta por essa equipe linda e, para além dessas flores, temos as agregadas **Robertta**, a pessoa mais determinada e perfeccionista que conheço, **Taynara**, a flor mais linda do meu jardim, que entrou em minha vida de forma inexplicável e permanecerá nela para sempre e **Renata**, pessoa incrível, de coração enorme com quem tive o prazer de dividir um lar, de você posso dizer aquela frase clichê “do ensino médio para a vida”. **Maicon** e **Manoel**, vocês também compõem esse grupo. Vocês são parte da minha jornada acadêmica, meus companheiros.

Agradeço a toda família **Silva**, minha família amada que esteve durante todo esse percurso torcendo por mim, em especial ao meu avô **Francisco** que foi me ver todas as vezes que estive em casa. Paizinho em teu nome agradeço a todos os meus tios, tias, primos, primas e demais parentes que se fizeram presentes nessa jornada. **Elismara**, obrigada por ter me apresentado a UFS e me acolhido de braços abertos aqui.

A **Sônia** por ter me acolhido em sua casa nos primeiros anos de UFS, contribuindo para que esse dia chegasse. Você tem um lugarzinho especial nessa história.

A minha supervisora de estágio **Cláudia Itatiana** por todo o conhecimento compartilhado no campo da saúde, pelos puxões de orelha e pelos incentivos relacionados a profissão. Você é minha referência profissional.

Agradeço imensamente ao meu orientador **Renk**, a você meus agradecimentos são incalculáveis e especiais por ter sido a pessoa quem mais contribuiu nessa fase da minha vida. Alguns podem até pensar que é apenas um professor substituto, mas eu tenho o privilégio de

dizer que está muito além disso. Muito obrigada pelas madrugadas dedicadas a leitura de cada item desse trabalho, pelo auxílio na escolha de cada etapa, pelos redirecionamentos efetuados em todo o processo (que não foram poucos rrsrs), pelas contribuições acerca do tema que mesmo não tendo tanta propriedade se prontificou a pesquisar para sanar minhas dúvidas e indicar leituras e, por fim, muito obrigada pelo incentivo na carreira acadêmica. Juro que não te indicarei para ninguém como orientador (vou dizer que você é um péssimo orientador, muito rígido e fica o tempo todo reafirmando “se vocês forem para a banca” rrsrsrrsrsrs), mas tenho que dizer que me sinto privilegiada em te ter como orientador.

Ao corpo docente do DSS que contribuiu para minha formação acadêmica, com destaque especial as minhas queridas **Magaly** e **Laryssa**, pessoas fundamentais no decorrer da graduação que contribuíram efetivamente nessa caminhada e que hoje estão aqui fazendo parte da minha banca examinadora. Amo vocês. Agradeço também a professora **Tereza Martins** por ter me proporcionado a oportunidade de expandir conhecimentos por meio do PIBIC.

Por fim, agradeço imensamente a todos que contribuíram direta e indiretamente para que eu chegasse até aqui. Amo cada um de vocês. Meu muito obrigada!

**Silvia Maria Silva França**

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem. É preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar.

É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

(Marilda Iamamoto)

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender a função social do Estado na relação público/privado existente na Política de Saúde através de literaturas marxista e nas publicações da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde. Nessa perspectiva, analisamos os aspectos que compõem o Estado brasileiro na trajetória da sua formação sócio histórica, identificando sua função nos processos de reformas e contrarreformas, mediante a inserção do neoliberalismo no Brasil. Ademais, abordamos a inter-relação entre os setores público e privado na Política de Saúde por meio do protagonismo do Movimento de Reforma Sanitária, e a criação do Sistema Único de Saúde que encontra-se subordinado aos imperativos do capital. E, por fim, pontuamos alguns mecanismos de defesa do Sistema Único de Saúde por intermédio dos movimentos da sociedade civil organizada, que compõem a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, contra o processo de privatização e seu sucateamento. Trata-se de uma pesquisa exploratória, bibliográfica com destaque para análise qualitativa que tem como método a teoria social marxiana. Através de leituras com embasamento marxista podemos compreender como a lógica mercadológica vem adentrando no setor público de saúde na tentativa de privatizá-lo.

**Palavras-Chaves:** Estado brasileiro. Contrarreformas. Política de Saúde. Lógica privatista. Mecanismos de defesa.

## ABSTRACT

The present study aims to understand the social function of the State in the public / private relationship existing in Health Policy through Marxist literatures and in the publications of the National Front Against Privatization of Health. In this perspective, we analyze the aspects that compose the Brazilian State in the trajectory of its socio-historical formation, identifying its role in the processes of reforms and counter-reforms, through the insertion of neoliberalism in Brazil. In addition, we approach the interrelation between the public and private sectors in Health Policy through the role of the Health Reform Movement and the creation of the Unified Health System that is subordinated to the imperatives of capital. And, finally, we punctuated some mechanisms of defense of the Unified Health System through the organized civil society movements, which compose the National Front Against Privatization of Health, against the privatization process and its scrapping. It is an exploratory, bibliographical research with emphasis on qualitative analysis that has as its method the Marxian social theory. Through Marxist-based reads, we can understand how the market logic has entered the public health sector in an attempt to privatize it.

**Keywords:** Brazilian state. Counter-reforms. Health policy. Primitive logic. Mechanisms of defense.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade  
AFINCA – Associação de Funcionários do Instituto Nacional de Câncer  
ANDES/SN – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior  
ANDIFES - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior  
CAp UERJ - Instituto de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CF – Constituição Federal  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo  
DRE – Desvinculação de Receita dos Estados  
DRU – Desvinculação de Receita da União  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
EC – Emenda Constitucional  
FEDEP – Fundações Estatais de Direito Privado  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde  
HU – Hospital Universitário  
HUF – Hospital Universitário Federal  
IASERJ – Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INCA – Instituto Nacional de Câncer  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MEC – Ministério da Educação  
MP – Ministério Público  
NOB/SUS – Norma Operacional Básica do SUS

OCDE – Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento

ONG – Organizações Não Governamentais

OPS – Organização Pan-americana de Saúde

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Estado

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Projeto de Lei

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNS – Política Nacional de Saúde

PNH – Programa Nacional de Humanização

PPP's – Parcerias Público Privadas

PROIFES – Federação de Sindicatos de Professores e Professoras de Instituições Federais de Ensino Superior

PUC/SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

REAE – Rede de Atenção Especializada

REAP – Rede de Atenção Primária

REAST – Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador

REAST – Rede de Atenção Psicossocial

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

REUE – Rede de Atenção à Urgência e Emergência

RJU – Regime Jurídico Único

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SEAP – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

SEEDUC - Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro

STF – Supremo Tribunal Federal

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

URV – Unidade Real de Valor

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 01: A PARTICULARIDADE DO ESTADO BRASILEIRO:</b> neoliberalismo, reformas e contrarreformas .....	21
1.1 Aspectos da formação sócio histórica do Estado brasileiro.....	21
1.2 Acumulação capitalista e neoliberalismo.....	30
1.3 Neoliberalismo no Brasil: reformas e contrarreformas do Estado brasileiro.....	37
1.3.1 Reformas do Estado brasileiro segundo Bresser Pereira.....	38
1.3.2 Contrarreformas do Estado brasileiro segundo Behring.....	44
<b>CAPÍTULO 02: A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL:</b> percurso inconcluso para a universalização.....	52
2.1 A construção do Sistema Único de Saúde e os caminhos da Reforma Sanitária pós-constituição de 1988.....	52
2.2 A relação entre público e privado na Política Saúde no Brasil.....	60
<b>CAPÍTULO 03: A DEFESA DO SUS PÚBLICO PELA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA:</b> considerações sobre a atuação da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde.....	69
3.1 Manifestos e panfletos informativos contra privatização da saúde.....	69
3.2 Principais pautas dos abaixo assinados contra privatização do SUS.....	75
3.3 A lógica privatista do Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH: .....	81
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93

## INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil está posta numa disputa política entre o projeto de Reforma Sanitária (estatal, democrático e direito dos cidadãos) e o projeto privatista (composto pela mercantilização da saúde). A principal conquista referente ao projeto de Reforma Sanitária, para a efetivação da saúde pública no país, foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, apesar de ser um sistema que se subdivide em áreas simples e complexas, é constituído pelos princípios da universalidade e igualdade no atendimento. No entanto, ainda é considerado um sistema frágil e lento.

Observamos no decorrer da formação acadêmica, que a saúde pública é um direito social que deve ser assegurado de maneira igualitária e gratuita, regida pelo Estado, mas que o mesmo vem sofrendo com problemas relacionados à efetivação dos serviços, por meio da falta de profissionais nos campos, do déficit em medicamentos e em toda a estrutura organizacional, desde a rede primária até a rede de urgência e emergência. Em contrapartida ao sistema estatal, o projeto Privatista vem ganhando espaço por oferecer serviços ditos de melhor qualidade e com maior agilidade.

O setor privado descaracteriza o setor público, seu discurso gira em torno do mau serviço prestado pelo SUS. Por outro lado, entendemos que o fator que gera o percurso inconcluso na universalização e qualidade dos serviços de saúde pública (princípios preconizados pela Reforma Sanitária) parte das investidas neoliberais que utiliza o Estado como mecanismo de proteção do sistema do capital.

A partir da realidade social que apresenta para população brasileira, definimos como objeto de pesquisa a relação entre o setor público e privado conduzindo à política de saúde, observando a subordinação do SUS aos imperativos do capital. Dessa forma, as determinações reais do objeto de estudo requereram à análise do papel do Estado na relação público/privado na política de saúde através de literaturas embasadas principalmente na tradição marxista.

A realidade que se pretende demonstrar com esse estudo é que o Estado é um dos principais culpados pela desestruturação do SUS, pois o que deveria ser feito, segundo a Constituição Federal de 1988, é o investimento na saúde pública para manutenção dos seus serviços e da infraestrutura para toda a sociedade. Este investimento não ocorre porquê a função social do Estado é assegurar a lógica de acumulação de capital, principalmente, em tempos de crise estrutural, em detrimento as demandas postas pela classe trabalhadora. A realidade social e política apresenta que é viável os investimentos realizados nos convênios e na manutenção dos planos privados de saúde para atender a lógica privatista.

A relação de compra e venda dos serviços de saúde vem sendo denunciada por meio de cadernos, manifestos, informativos e abaixo-assinados produzidos por diversos movimentos sociais e sindicais da sociedade civil organizada. Por isso, no caso deste estudo, priorizamos analisar, especificamente, os materiais publicizados pela Frente Nacional Conta Privatização da Saúde (FNCPS), que vem travando lutas constantes contra o setor privado e contra a mercantilização dos serviços de saúde.

Apontamos, ainda, como uma das expressões da contrarreforma do Estado, a precarização do trabalho realizado por profissionais da saúde, ocorridos principalmente por meio das privatizações que tem ganhado cada dia mais força no cenário brasileiro, como ocorre com os funcionários da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O interesse pelo objeto surgiu a partir de fatores relacionados a leituras realizadas acerca da temática e por uma maior aproximação com o tema nas disciplinas de Seguridade Social, Gestão Social e Oficina de Instrumentalidade Profissional II que nos apresentaram diferentes políticas públicas, em especial, a Política de Saúde. Destacamos ainda que, a aproximação com uma Unidade de Saúde da Família, espaço onde estamos fazendo estágio curricular obrigatório em Serviço Social, contribuiu para a problematização do objeto de pesquisa. Esse processo de estágio nos permitiu observar concretamente como a lógica neoliberal tem atingido os serviços de saúde no país, principalmente com a intensificação da presença do setor privado dentro dessa política. A relação público/privado se configura como uma lógica, que a cada dia é mais difícil de ser revertido, pois, o setor privado tem se sobressaído em relação ao público.

Para a compreensão dos determinantes deste objeto de estudo, a teoria social de Karl Marx é fundamental. Por isso, destacamos aqui três pontos abordados na tese marxiana que são fundamentais na obtenção de um resultado de pesquisa, quais sejam: a teoria social, o método materialista histórico dialético, e as categorias que regem o método marxiano.

Para Marx, a teoria social nada mais é do que ter clareza real do objeto estudado, de como ele é estruturado e como ele se movimenta. Nas palavras de Netto (2011, p. 20-21, grifos originais), a teoria social é “[...] *a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito da pesquisa*: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto.”.

O conhecimento teórico (ou a teoria social) está totalmente enraizado no objeto de pesquisa exposto pela realidade social, que de início é apreendido a sua aparência, e através do

método marxiano podemos chegar a essência e as determinações do objeto (estrutura e movimento). Nesse sentido, o pesquisador “[...] reproduz no campo do pensamento; mediante a pesquisa viabilizada pelo método, o pesquisador a *reproduz*, no plano ideal, a essência do objeto que investigou.” (NETTO, 2011, p. 22, grifos originais).

O método materialista histórico dialético é captado por Marx de forma processual durante os anos de sua pesquisa sobre a sociedade capitalista. Segundo ele, a partir do momento em que o pesquisador capta o seu objeto de pesquisa, é necessário conhecê-lo. A função do pesquisador é buscar meios de efetivar a sua pesquisa, portanto, é nesse momento que é necessário o método dialético de Marx.

Ao analisar o real, a realidade social se apresenta como uma imagem caótica do todo até chegar a determinações mais simples (MARX apud NETTO, 2011). E, para sair do geral (a totalidade) e chegar até o momento particular (que são as determinações mais simples), Netto (2011), deixa claro que devemos começar “[...] ‘pelo real e pelo concreto’, que aparecem como *dados*; pela análise, um e outros elementos são abstraídos e, progressivamente, com o avanço da análise, chega-se a conceitos, a abstrações que remetem a determinações as mais simples.”. (NETTO, 2011, p. 42). É a partir desse trajeto que se constitui o método apropriado para a obtenção do conhecimento teórico, o ponto de partida se baseia na realidade concreta, através da análise de dados, que constitui os conceitos para chegar as determinações mais simples.

Existem ainda três categorias fundamentais que compõem o método marxiano de análise do real, ou simplesmente, o materialismo histórico dialético. São elas: totalidade, contradição e mediação. Segundo Netto (2011), para Marx construir seu arcabouço metodológico, as categorias que o envolvem devem andar lado a lado, uma complementando a outra. Ele parte do princípio da totalidade concreta, que nada mais é do que a sociedade capitalista. Essa totalidade concreta é composta por outras “totalidades de menor complexidade” (NETTO, 2011).

Partindo do princípio de que as totalidades, mesmo que sejam de menor complexidade, possuam dinâmica no seu interior, supõe-se que as mesmas são compostas de contradições existentes em si. Cada totalidade possui suas próprias particularidades que são constituídas por um conjunto de relações sociais que são mediadas por fatores externos e internos. É por meio desse conjunto de mediações que as totalidades se vinculam e compõem a realidade social.

Tomando como base essa abordagem teórico-metodológica, partiremos para os mecanismos que foram utilizados para a efetivação desse estudo.

No que diz respeito ao tipo de pesquisa, trata-se de uma pesquisa exploratória, pois, pretende compreender como se dá a relação público/privado na política de saúde através das publicações acerca do tema. Este tipo de pesquisa, tem como objetivo “[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito [...]”, além do “aprimoramento de ideias [...]” (GIL, 2002, p. 41).

Para os procedimentos técnicos utilizados como fonte de coleta de dados fez-se uso de artigos científicos, monografias, dissertações, teses, livros, e periódicos que caracterizam a pesquisa como bibliográfica com destaque para a análise qualitativa. Gil (2002) destaca a pesquisa bibliográfica como aquela realizada a partir de materiais já elaborados e publicados que constituem-se principalmente de artigos científicos e livros.

Para entender o objeto de estudo, foi-se necessário um levantamento bibliográfico de textos que são essenciais para a análise da relação existente entre público e privado na política de saúde, bem como, os aspectos que compõem a formação sócio histórica do Estado brasileiro e seu conjunto de reformas e contrarreformas a partir da década de 1990. Utilizamos como referências, literaturas baseadas principalmente em autores de vertente marxista, cadernos, panfletos e manifestos publicados no sítio da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, além das leis que regem a política de saúde, entre elas: Lei Orgânica da Saúde (LOS), Constituição Federal de 1988 (CF), Leis e Decretos que dispõem sobre as regulamentações da política de saúde, Política Nacional de Saúde (PNS), Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS), dentre outras.

Após o levantamento bibliográfico, fizemos o estudo detalhado do material escolhido, os quais nos deu subsídio para a analisar as produções teóricas acerca da política pública de saúde e a inserção do setor privado nesse meio. A análise dos textos foi fundamental para a compreensão do objeto de pesquisa e dos problemas levantados.

Para tanto, foi necessário categorizar os dados da pesquisa. A categorização consiste na organização dos dados de forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir deles (GIL, 2002). O processo de categorização advém de uma percepção do materialismo dialético. E, para uma maior explanação e absorção da pesquisa, fez-se necessário o uso de técnicas que possibilitem a fixação do conteúdo e a desconstrução da aparência, para assim compreender a realidade apreendida na sociedade em sua totalidade.

Ao fim desse processo, descrevemos a redação final desse trabalho subdividida em introdução, três capítulos e considerações finais com o intuito de oferecer uma leitura didática para melhor apreensão dos debates constituintes desse estudo.

O primeiro capítulo tem a pretensão de analisar os aspectos que constituem a formação sócio histórica do Estado brasileiro, por meio de marcos históricos que compreendeu cada fase desse Estado, além de reflexões acerca das reformas e contrarreformas do Estado a partir da apreensão de Bresser Pereira (1996) e Elaine Behring (2003).

O segundo capítulo aborda as relações existentes entre o setor público e o privado na política de saúde, por meio dos percursos da reforma sanitária e da constituição do SUS, como política pública, gratuita e universal assegurada por meio da Constituição Federal de 1988. Esse capítulo inicia-se com alguns elementos utilizados pelo movimento de Reforma Sanitária para alcançar a constituição do SUS. Esse movimento teórico é necessário para compreender a inserção do setor privado nessa política. Para explicar essa inserção abordamos os conceitos de saúde privada existente na atualidade e alguns marcos legais que asseguram a permanência do setor privado ao setor público.

Por fim, o terceiro capítulo tem como foco as produções da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde. Apresentamos uma breve análise dos artigos científicos, dos manifestos e cadernos informativos e das principais pautas dos abaixo assinados contra a privatização do SUS, bem como as notas informativas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicados no sítio do movimento. Além disso, fez-se necessário um estudo sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por ser uma das principais bandeiras de luta da FNCPS.

## **CAPÍTULO 01: A PARTICULARIDADE DO ESTADO BRASILEIRO: neoliberalismo, reformas e contrarreformas**

Neste capítulo iremos analisar o processo de reformas e contrarreformas adotadas pelo Estado brasileiro. Para isso, faz-se necessário um estudo sobre os aspectos que compõem a formação sócio histórica desse Estado, partindo do seu surgimento até os dias atuais vivenciados pelo neoliberalismo. Para alcançar esse objetivo, utilizamos textos de autores principalmente da tradição marxista, visto que essa perspectiva compreende a prioridade da realidade na vida em sociedade. O estudo das reformas e contrarreformas tem embasamento teórico, respectivamente, nas teses de Bresser Pereira (1996) e Elaine Behring (2003), a qual destacam-se a ligação direta no desmonte da Política de Saúde (nosso objeto de estudo) em um período de ganhos de direitos sociais por parte da implantação da Constituição Federal de 1988 e retrocessos com o surgimento do neoliberalismo pós período redemocrático.

### **1.1 Aspectos da formação sócio histórica do Estado brasileiro**

Existe uma ligação entre o surgimento do capital primitivo e à colonização de grandes países da América, África e Ásia. Partiremos aqui, da análise da constituição do Estado brasileiro, que está atrelado ao processo de colonização e as formas (pré) capitalistas do século XIV ao século XVIII e mais à frente a sua constituição após a primeira Revolução Industrial e Independência do Brasil até os tempos do neoliberalismo.

Ao falar-se da ascensão do sistema de produção capitalista, pontua-se um processo que foi imprescindível para sua alavancada: o sistema colonial. Esse momento, inicialmente, é caracterizado por um modelo de produção voltado aos moldes feudais com traços de uma economia de subsistência (o Feudalismo), até que esse sistema inicia um processo de derrocada, configurando-se assim um novo modelo de produção: o modo de produção capitalista.

O Feudalismo, modo de produção vigente no continente europeu no século XI, é caracterizado como um modelo de economia que era estabelecido no tratar da terra, o qual os feudos – assim chamados – eram propriedades dos senhores feudais (nobres) e que eram manuseados por seus servos. Esses aravam e conseqüentemente produziam nas terras dos seus senhores em troca de meios para satisfazer as suas necessidades (SILVA, 2016).

Os meios de subsistência produzidos pelos servos, nesse período, eram mais que suficiente tanto para a sobrevivência dos nobres, quanto para os seus servos. Esse desenvolvimento na produção mais tarde irá culminar na comercialização desses produtos e

originará o comércio de artesãos, levando assim, o sistema feudal entrar em colapso, dando início aos primórdios do sistema capitalista.

Portugal como um dos primeiros países a comercializar produtos no século XV, lançava-se ao mar em busca de especiarias no Oriente, e acaba por “descobrir”<sup>1</sup> o Brasil. A metrópole portuguesa foi pioneira no sistema colonial de várias nações. O Brasil passou a ser sua principal colônia com o objetivo de suprir as necessidades do então recém fundado mercado mundial. Em sua pesquisa, Mazzeo (1995) pontua

a expansão mercantil e a conseqüente descoberta e colonização do Novo Mundo podem ser inseridas no processo de acumulação originária de capitais, onde as colônias exercem um papel fundamental, constituindo-se em *poderosas alavancas de concentração de capitais* [...]. [...] as colônias americanas representam um momento crucial que o nascente modo de produção capitalista encontra para efetuar seu processo de reposição de capitais, objetivando dilatar suas condições de existência (p. 06, grifos originais).

O capitalismo só é capitalismo efetivamente quando o mesmo tem por base o trabalho assalariado, mas como até então a sociedade era composta por servos e senhores, estes então, configuraram-se como suporte para tecer suas próprias formas que propusessem um vasto desenvolvimento, com intuito de ascender sua burguesia, configurando-se aqui a acumulação primitiva do capital<sup>2</sup> ou, como era chamado, capital mercantil como a primeira fase capitalista, Mazzeo (1995). O capitalista, segundo Marx (1985b apud SANTOS NETO, 2015, p. 33), “[...] emergiu, então, duma classe formada por indivíduos astutos e inteligentes, trabalhadores e previdentes, que souberam administrar seus pequenos recursos com eficiência, e assim operam o circuito mágico de transformação de dinheiro em mais dinheiro.”.

Mazzeo (1995) pontua a ânsia pela produção de mercadorias com o objetivo de aumentar o mercado mundial por parte dos europeus. Nesse sentido, a apropriação das terras recém “descobertas” configura-se como ponto definitivo para expandir o mercado, utilizando as “*colônias como centros produtores* de mercadorias valiosas que darão sentido à existência de um sistema colonial<sup>3</sup> do mercantilismo, articulando o desenvolvimento da concentração de

---

<sup>1</sup> Cabe aqui mencionar que, ao colocar a palavra “descobrir” entre aspas, nos referimos a descoberta por parte dos europeus que não tinham ciência de outro continente do lado oeste do planeta. Na verdade, antes mesmo dos portugueses chegarem ao continente americano, já existiam habitantes nativos na região que moravam há milhares de anos. Ao impor sua cultura e massacrar os nativos, os europeus conquistaram o continente americano por meio da força.

<sup>2</sup> Para saber mais sobre a acumulação primitiva do sistema capitalista, consultar o livro de Marx “**O Capital**”, volume I, capítulo XXIV.

<sup>3</sup> Conforme Silva (2016, p. 84), esse sistema colonial nada mais é do que: “[...] um elemento da acumulação primitiva inserido no processo de transição do feudalismo ao capitalismo. Eleva o grau de individualização e de modo acentuado trata de incorporar as sociedades comunais com das terras invadidas; assim, os nativos eram ou

capitais a partir das múltiplas atividades que o capital cria [...]” (p. 08, grifos originais). Assim, o sistema colonial tinha um único objetivo: extrair as riquezas naturais em condição de matérias-primas das colônias para transformá-las em capital e impulsionar a acumulação primitiva capitalista nas metrópoles.

Santos (2012) em sua breve abordagem sobre os acontecimentos históricos da formação do sistema capitalista e suas implicações na formação social brasileira, assinala que o pensamento dos europeus, ao vir para o Brasil, nada mais era do que “ser dirigentes e empresários comerciais, mas não como trabalhadores” (p. 56).

Desse modo, ao chegar no Brasil, além de escravizar os habitantes nativos<sup>4</sup> da região, Portugal utilizou-se de negros capturados na África para a exploração de sua principal/maior colônia. Com isso, o sistema (pré) capitalista utiliza-se dos moldes de trabalho existentes na época, o trabalho escravo nativo e africano, e o trabalho dos artesãos, que especificamente “não lhe pertencem” mas dá “a essas formas pré-capitalistas conteúdos capitalistas.” (MAZZEO, 1995, p. 09)

Ao iniciar a exploração das colônias dos países europeus, o capitalismo utilizou-se da escravidão como intermédio para ter apoio e desenvolver suas práticas mercantilistas. Vale ressaltar que, enquanto no Brasil-colônia estava sendo utilizado força de trabalho escrava, na Europa o trabalho servil já estava sendo transformado em trabalho assalariado. Assim, a escravidão é utilizada no Brasil, configurando-se como uma particularidade aplicada pelos europeus para a alavancada do modo de acumulação primitiva.

Com o surgimento dos moldes capitalistas e da propriedade privada, emergem também conflitos entre as classes sociais, assim percebe-se a necessidade de um poder “neutro” – intitulado de Estado moderno –, por parte da classe dominante para manter a propriedade privada e os seus interesses. O Estado,

É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. [...] *Faz-se necessário um poder colocado por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e mantê-lo dentro dos limites da ‘ordem’*. Esse poder,

---

exterminados ou obrigados a colocar sua força de trabalho em prol da extração das riquezas de suas próprias terras, para serem transferidas à metrópole colonizadora, que exercia através da força o controle das suas colônias”.

<sup>4</sup> Segundo a análise de Santos Neto (2015), o mesmo pontua sobre os nativos da região: “[...] viviam ainda num estágio de desenvolvimento que poderia ser qualificado como semelhante às formas primitivas de organização da produção que precederam às sociedades de classe” (p. 81). E ainda continua com as palavras de Guimarães (1981 apud SANTOS NETO, 2015, p. 81): “Conheciam a cerâmica e teciam suas redes. Praticavam uma agricultura rudimentar, nos períodos de sedentariedade que se alternavam com os de nomadismo, cultivando a mandioca e o milho. Desses dois gêneros obtinham uma série de produtos, particularmente a farinha, cuja preparação exigia certa experiência de trabalho mais elevado”.

nascido da sociedade, mas posto acima dela, distanciando-se cada vez mais, é o Estado. (ENGELS, 2012 apud SILVA, 2016, p. 21, grifos nossos).

Esse poder político serve, então para defender os interesses burgueses, como um agente que irá sustentar o desenvolvimento do capitalismo afastando todas as barreiras a ele – o capital – apresentadas. Assim,

[...] como o Estado nasceu da necessidade de conter o antagonismo entre as classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para repressão e exploração da classe oprimida [...]" (ENGELS, 2012, apud SILVA, 2016, p. 21-22).

Nota-se então, uma instância política pertencente à classe dominante – os burgueses – voltada para assegurar o livre mercado, acelerar o processo de mundialização do capital e colonização, e, conseqüentemente, contribuir para a exploração da classe trabalhadora recém estabelecida. Portanto, o Estado moderno é o componente essencial utilizado pela classe dominante para reprimir a classe explorada e ligar esse poder político ao poder econômico com objetivo de concretizar os seus interesses, que nada mais é do que produzir mais-valia<sup>5</sup> por meio da exploração da força de trabalho vendida pelos assalariados e aumentar as desigualdades e os conflitos já existentes com o surgimento desse novo modo de produção.

Já no Brasil-colônia a burguesia nacional tornou-se a imagem da sociedade europeia, ao qual irá determinar as especificidades brasileiras na sua formação sócio histórica. Irão traçar os marcos de um conservadorismo na sua sociedade dominante, que já “nasce subordinada, econômica e ideologicamente, aos centros avançados do capitalismo mundial” (MAZZEO, 1995, p. 13). Isso se deve ao fato de o Brasil ser totalmente subordinado às diretrizes políticas e, principalmente, econômicas da metrópole portuguesa.

Silva (2016) pontua na perspectiva de Prado Júnior (2012), que não existia “[...] um aparelhamento destinado a organização sociopolítica do Brasil durante todo o primeiro século de sua colonização e que ‘os assuntos relativos a colônia corriam pelas repartições ordinárias da administração portuguesa’.” (p. 89).

No entanto, com a vinda da corte portuguesa em 1808 para o Brasil, fugindo da onda napoleônica, a colônia torna-se base do reino português, trazendo todas as instituições que existiam em Portugal, além de funcionários e todos os equipamentos administrativos da

---

<sup>5</sup> Para saber mais sobre a produção de mais valia, consultar o livro de Marx “**O Capital**”, volume I, capítulo XIV.

metrópole. Observa-se um avanço na colônia: agora o império português abre as portas do comércio, implantando fábricas e manufaturas que até então eram proibidos por decretos impostos por Portugal. Segundo Mazzeo (1995, p. 15-16), “o Brasil herda toda a burocracia do Estado absolutista português” e que “[...] a maioria da liderança política brasileira era partidária da união com Portugal”. Com relação a situação política, houve um momento em que a burguesia brasileira começou a reivindicar a sua participação nas medidas tomadas pelo império português:

A reivindicação de participar nas decisões políticas tinha dois eixos básicos: em primeiro lugar, a economia nacional tornara-se [...] o sustentáculo da economia do reino português. [...]. Em segundo lugar, não existia, no Brasil, um choque entre culturas, já que não houve uma oposição cultural efetiva, dos primeiros habitantes, [...]. Os “aparelhos ideológicos” da burguesia brasileira tomavam como parâmetros os da Europa e, mais particularmente, os de Portugal. [...]. (MAZZEO, 1995, p. 16)

Aos poucos na realidade europeia, o sistema capitalista vai ganhando espaço e o sistema colonial entra em colapso por não mais se encaixar nos moldes que estavam se ascendendo. Como Portugal era um dos países a possuir colônias e “sobreviver” da sua exploração, o país entrou em decadência como metrópole de um sistema ruído pelo modo de produção capitalista que ascendia naquela época. A Inglaterra, como pioneira do sistema capitalista, acaba por controlar a colônia portuguesa (Brasil) por meio de acordos políticos e implantar o sistema assalariado por intermédio do processo de Independência do Brasil, visando uma perspectiva de livre comércio.

Agora, o país recém-independente de Portugal, legitima sua base econômica na política cafeeira levando o Brasil a um relativo equilíbrio na economia, já que com a vinda da corte portuguesa para o país, houve um grande gasto dos recursos financeiros. Em 1888, é abolida a escravidão, configurando-se a partir de então uma imigração de europeus, sobretudo italianos e alemães, como mão-de-obra assalariada que irão trabalhar nas lavouras de café. Os negros, abolidos da escravatura, passaram a compor o exército industrial de reserva fundamental para o modo de produção capitalista.

Na segunda metade do século XIX, vê-se grandes mudanças no Brasil independente. Percebe-se o aumento das lavouras, a substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre, bem como “multiplicação dos bancos e empresas financeiras” com objetivo de conciliar a produção brasileira aos centros europeus na comercialização dos seus produtos, (SILVA, 2016) abrindo assim, a sua economia a onda capitalista.

O surgimento do Estado enquanto instância política se dá mediante a apropriação do excedente produzido pelo trabalho do homem, como destaca Silva (2016, p. 54):

A apropriação privada do excedente proveniente do trabalho humano faz surgir a sociedade de classes e o Estado como instituição política capaz de administrar os conflitos entre os homens e proteger a propriedade privada da classe dominante, fornecendo as condições necessárias para a reprodução desse sistema, que nasce sob os ímpetus violentos de usurpação e a exploração da classe trabalhadora.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, bem como a exploração do trabalhador se intensificaram com a chegada da grande indústria (Revolução Industrial no século XVIII). A emergência de inovações tecnológicas possibilitou uma grande dinamicidade no cenário mundial, caracterizado pela crescente informatização de processos de trabalho e modernização das plantas industriais. Diante das transformações no “mundo do trabalho” era necessário que o trabalhador se adaptasse as novas regras.

As máquinas surgem na Revolução Industrial para substituir o trabalhador. Começa a substituição cada vez maior do trabalho vivo (força de trabalho humana) pelo trabalho morto (maquinário). Com isso, o desemprego em massa aumenta e a exploração se intensifica, além de surgir a divisão do trabalho e uma maior extração de mais-valia, trazendo consequências que são apontadas por diversos autores marxistas como avassaladoras, destacando entre elas, a apropriação da força de trabalho feminino e infantil, o prolongamento da jornada de trabalho, e a intensificação do trabalho.

O capitalista utiliza-se de meios que barateiam a força de trabalho para uma maior obtenção de lucro, o que explica a apropriação da força de trabalho infantil e feminina, já que tratam-se de mão de obra barata.

Os trabalhadores não tinham garantia nenhuma de direitos e vivam em condições precárias e insalubres na vida e no trabalho, em constante precarização, desemprego, doenças e mortes, pois, o Estado só se preocupava desde sua origem, com as condições de acumulação de lucro da classe dominante. Tratava-se de um sistema capitalista concorrencial com base no Estado Liberal que teoricamente não tinha muitas bases econômicas como atribuição, mas que se orientava a partir da defesa da acumulação capitalista.

No final do século XIX, passados quase cem anos depois da Revolução Industrial, o capital se redimensiona, pois havia construído um grande complexo financeiro em seu período concorrencial, passando ao período dos monopólios com a constituição das grandes empresas.

Como forma de acompanhar os monopólios, origina-se a gerência científica para conduzir o processo de trabalho iniciado por Frederick Taylor. Esse modelo de produção

recebeu o nome de padrão taylorista de controle do trabalho e foi baseado na empresa automobilística de Henry Ford que constituía uma nova forma de organização do trabalho, denominada de fordismo. As principais transformações fordistas, são:

De acordo com Gounet (1999), são cinco as principais transformações fordistas: produção em massa; parcelamento das tarefas; criação de uma linha de montagem, com destaque para o uso da esteira rolante; padronização das peças; e automatização das fábricas. O fordismo intensificou a divisão social do trabalho, sobretudo a divisão entre trabalho manual e intelectual [...] (SILVA, 2016, p. 57).

No contexto de surgimento dos monopólios o modelo de produção que vigora nas fábricas é o taylorista-fordista, baseado no trabalho rotineiro e parcializado. O modelo de Ford só vem a se universalizar com base na racionalização de Taylor e no Estado regulador de Keynes – Welfare State. Nesse período, o mercado começa a dar sinais de esgotamento e necessita recriar um novo momento para o capitalismo. Nessa linha, (BARAN; SWEZZY, 1978 apud SILVA, 2016, p. 58) coloca que “por baixo da aparência de prosperidade da década de 1920 – a tão celebrada ‘Nova Era’ – germinavam ativamente as sementes do desastre”.

Logo após o mundo se depara com a Grande Depressão em 1929, uma das crises provenientes do próprio sistema que vive em constância no movimento de produção e reprodução do capital.

As crises são constitutivas do modo de produção capitalista, elas surgem e são seguidas de estratégias de superação erguendo os ciclos do capitalismo. O capital necessita de crises cíclicas que são devastadoras para a classe trabalhadora, porém viáveis para ele, pois é a partir das crises que o capital se reinventa e consegue chegar ao seu auge.

A crise de 1929, trata-se de uma crise cíclica que utilizou-se de ações do Estado, agora interventor, provido de políticas sociais denominado em alguns países Estado de Bem-Estar para conter as insatisfações da classe trabalhadora. Essa crise ocorre na fase monopolista do capital, e utiliza-se do Estado regulador de Keynes para se reinventar. A denominada “Revolução Keynesiana”, defendia a intervenção do Estado na economia nacional como forma de reversão do quadro recessivo provocado pela crise, através do aumento das políticas públicas implantadas pelo Estado de Bem-Estar, visando o pleno emprego.

As “três décadas gloriosas” foi como ficou conhecido o Estado de Bem-Estar que durou entre 1940 até o fim da década de 1960. Esse Estado de Bem-Estar atua nas diversas áreas, mas se destaca na área social, pois reforça as políticas sociais voltada para a classe trabalhadora, focando no discurso da garantia de direitos, mas que tinha como real objetivo amenizar as lutas sociais e acelerar a acumulação capitalista. Esse período foi defendido por

alguns autores como benefício para a classe trabalhadora no sentido de melhores condições de vida, mas por outro lado, não deixou de ocorrer uma produção em larga escala, que favorecia o capital.

Lessa (2013) faz um estudo sobre o Estado de Bem-Estar Social e coloca que o discurso de democratização e viabilização de direitos através das políticas públicas não se sustenta, pois atrás dele residia condições de trabalho precárias e inúmeras desmobilizações das lutas sociais e trabalhistas, já que, o Estado começa a fazer articulações com as lideranças sindicais. É por meio “do estudo de Lessa (2013) que entendemos o Estado de Bem-Estar como mecanismo utilizado ideologicamente para a restauração de poder do capital, em meio aos efeitos deixados pela crise de 1929.” (SILVA, 2016, p. 67).

Por trás de tantas especulações de melhoria de vida e das condições de trabalho, as “três décadas gloriosas” começam a ter um fim na segunda metade da década de 1960, e seu real esgotamento se deu na década de 1970, trazendo à tona uma nova crise, a crise estrutural do capital<sup>6</sup> que perdura até os dias de hoje.

Essa crise do capital iniciada na década de 1970 é uma crise que “[...] afeta a *totalidade* de um complexo social em todas as relações com suas partes constituintes ou subcomplexos, como também a outros complexos aos quais é articulada [...]” (MÉSZÁROS, 2011 apud SANTOS, 2016, p. 68, grifos originais).

A crise em que estamos vivenciando não se coloca em um setor da sociedade e não se limita a um complexo como ocorreu com a crise de 1929, ela se estende por todos os setores da sociedade, se mostra presente nas inúmeras expressões da “questão social”<sup>7</sup>, em seu caráter universal, estendendo-se por todas as esferas da produção.

É no período de crise estrutural do capitalismo que o neoliberalismo ganha espaço como tentativa de erguer a situação econômica do capital em um momento onde a crise se mostra em nível mundial. Alguns autores, a exemplo de Laski (1973) defende que o neoliberalismo nada mais é do que uma reatualização do liberalismo clássico, pois para ele o liberalismo defende a propriedade privada e o neoliberalismo defende os interesses da burguesia, dos detentores do capital, ou seja, os detentores da propriedade privada.

Nesse contexto, a ofensiva neoliberal materializa-se em “políticas de ajuste que resultam na flexibilização do trabalho, desemprego em massa, privatizações<sup>8</sup>, financeirização

---

<sup>6</sup> Para saber mais sobre a Crise Estrutural do Capital, consultar o livro de Meszáros “**Para além do Capital**”.

<sup>7</sup> Santos (2012) explica em seu Capítulo I, do livro “**Questão Social: particularidades no Brasil**”, sobre o significado das aspas no termo “questão social”.

<sup>8</sup> Conforme Netto e Braz (2012, p. 240, grifos originais) “[...] o grande capital impôs ‘reformas’ que retiraram do controle estatal empresas e serviços – trata-se do **processo de privatização**, mediante o qual o Estado entregou ao

do capital e a intervenção mais intensa do Estado na economia, mesmo que no plano teórico isso seja um contrassenso neoliberal” (SILVA, 2016, p. 70). Ele surge como meio de barrar o ideário do Estado interventor, baseado nas ideias de Keynes, afinal, o neoliberalismo trata-se de um conjunto de ideias sociais, políticas e econômicas que são implantadas com o objetivo de reerguer o capital que se encontra em crise.

Nesse sentido, a classe trabalhadora continua a mercê do capital, mas dessa vez com as medidas neoliberais em prática, o que significa que, a exploração se acentua ainda mais. Assim:

A organização neoliberal do Estado e da economia, visando a preservação da lógica reprodutiva do capital, certamente tenderia a colocar a força de trabalho em segundo plano, além de legitimar sua exploração cada vez mais acentuada, sempre em prol da acumulação capitalista (SILVA, 2016, p.74).

A teoria neoliberal defende a não intervenção do Estado na economia, mas isso só ocorre na teoria, afinal, mas do que nunca o Estado tem atuado na defesa da classe burguesa e do sistema capitalista.

No processo de crise estrutural, o capital necessita se reinventar de todas as maneiras possíveis para reverter a situação da queda tendencial da taxa de lucro. Na fase da crise cíclica, tivemos um Estado interventor, capaz de criar políticas públicas para a classe trabalhadora como estratégia para a saída da crise. Hoje, no processo de crise estrutural temos um Estado denominado “Estado mínimo” para a classe trabalhadora, que é direcionado pelos princípios neoliberais, utilizando-se dos cortes nos gastos sociais. Trata-se de um Estado que é gerido de formas diferentes, mas que tem o mesmo objetivo: a acumulação do capital.

Uma das medidas tomada pelo sistema capitalista foi a mudança no modelo de produção, utilizando-se do toyotismo como novo modelo. O sistema de produção Toyotista, é um modelo de produção japonês que tem como base a eliminação do desperdício de tempo e capital e a superação da produção em massa, através do acirramento da competitividade que se faz presente entre as empresas e impõe ao trabalhador a incorporação do trabalho repetitivo e multifuncional.

Ao comparar a organização do trabalho fordista-taylorista com a organização toyotista, este último parece um modelo de organização do trabalho mais vantajoso, e é, mas não para a classe trabalhadora que sofre com a intensificação do trabalho, e sim para o sistema capitalista

---

grande capital, para exploração privada e lucrativa, complexos industriais inteiros [...] e serviços de primeira importância (distribuição de energia, transportes, telecomunicações, saneamento básico, bancos e seguros).”

que tem na exploração da força de trabalho o lucro exacerbado. Sobre a exploração da classe trabalhadora no modelo de organização toyotista, destacamos:

Do trabalhador passa a ser exigida uma capacidade de polivalência, no exercício de muitas tarefas, bem como operar diversas máquinas seguindo o padrão de organização do *kanban*. É ainda exigida do trabalhador uma maior flexibilidade. A polivalência e a flexibilidade exigidas implicam uma intensificação da extração da força de trabalho, combinada com a redução do número de trabalhadores empregados. Trata-se de um reordenamento da produção. (SILVA, 2016, p.78).

Como fica explícito nas palavras de Silva (2016), o toyotismo como modelo de produção não investe em nenhuma melhoria para a classe trabalhadora, pelo contrário, utiliza-se das leis coercitivas do Estado para subordinar o trabalhador ao capital.

Sendo assim, o período atual marcado pelo capitalismo globalizado e neoliberal traz significativas mudanças no mercado de trabalho, tais como, os contratos de trabalho temporário, baixo salário, redução no mercado de trabalho, exigência de novos conhecimentos, aumento da competitividade e individualismo, além do desemprego estrutural e da terceirização como já foi citado a cima. Essa discussão acerca do neoliberalismo será retomada nos itens 1.2 e 1.3 deste capítulo, onde serão discutidas a acumulação capitalista e o neoliberalismo, bem como as reformas e as contrarreformas do Estado brasileiro.

## **1.2 Acumulação capitalista e neoliberalismo**

Neste item, faremos um apanhado sobre as configurações do sistema capitalista em suas fases desde a sua origem até os dias atuais, que ao longo do tempo vem se reinventando nas formas de produzir excedente por meio da exploração da força de trabalho humana. Na sua fase atual, o capitalismo irá contar com uma ideologia intitulada neoliberalismo à qual defenderá a liberdade de mercado, configurando-se como Estado mínimo para a classe trabalhadora, pautado no corte dos direitos sociais.

O surgimento do sistema capitalista constitui-se entre os séculos XIV e XV com as primeiras expansões marítimas realizadas pelos europeus em busca de especiarias no Oriente para comercializá-las no mercado europeu. Com isso, emerge o mercado mundial, que tem por base o livre comércio de mercadorias, configurando-se como o início do processo de acumulação primitiva do sistema capitalista que terá suas bases consolidadas três séculos após.

A primeira fase do capitalismo é denominada de capitalismo comercial ou mercantil. Sobre essa fase é importante mencionar que as fontes de matérias-primas para a alavancada do

mercado mundial tinham como base colônias americanas, regidas pelas metrópoles europeias, servindo como instrumento importante na ascensão do capitalismo mundial no século XV (Cf. item 1.1).

A partir da segunda metade do século XVIII, o modo de produção capitalista inicia a fase do capitalismo concorrencial, que se deve, principalmente, ao surgimento das grandes indústrias modernas provocando o processo de urbanização que por sua vez criara o mercado mundial. É a partir desse momento que se verifica a total “subsunção real do trabalho”<sup>9</sup> (NETTO; BRAZ, 2012).

Netto e Braz (2012) explicam que no estágio capitalista concorrencial surgem diversas alternativas de negociações de mercadorias aos pequenos e médios capitalistas. Nessa fase dá-se o surgimento da luta de classes e o início das contradições existentes na sociedade capitalista, isto é, na contradição capital x trabalho, que desencadearam um processo de protestos por parte da classe trabalhadora devido a exploração do trabalho e ao aumento da sua jornada.

O capitalismo concorrencial criou novas tecnologias para substituir o trabalho vivo pelo trabalho morto, com o objetivo de produzir mais, incentivar o consumo e reduzir a quantidade de proletários nas indústrias, aumentando, conseqüentemente, o exército industrial de reserva. Por isso, Netto e Braz (2012, p. 186, grifos originais) assinalam que “[...], **as lutas de classes influem fortemente no desenvolvimento das forças produtivas**”. Vê-se, portanto, no final do século XIX, grandes acontecimentos na criação de tecnologias, com destaques para o desenvolvimento das ciências naturais (química, física e biologia).

Em sua terceira fase, no capitalismo monopolista temos a criação de monopólios. O seu surgimento deu-se na evolução das tecnologias que substituíram os trabalhadores,

---

<sup>9</sup> Netto e Braz (2012, p. 124-125, grifos originais) abordam que, “num primeiro momento [da produção capitalista] sob supervisão do capitalista [...] os trabalhadores executavam as suas operações sob formas de **cooperação** e as técnicas produtivas eram inteiramente controladas pelos trabalhadores, cujo saber de ofício provinha ainda das tradições artesanais. O fato de os trabalhadores deterem o conhecimento reduzia em muito o poder do capitalista, que deles dependia em larga medida. Pode-se afirmar que, no trabalho cooperativo, o controle do capitalista sobre o processo de trabalho era apenas formal (nas palavras de Marx, encontramos aqui a *subsunção formal* do trabalho ao capital)”. [Após a sucessão da cooperação à manufatura], agora, “[...] trata-se de reunir os trabalhadores e de *especializar* as suas atividades – com a manufatura, o capital introduz na produção uma *divisão do trabalho* específica: a divisão *capitalista* do trabalho no *interior* das unidades produtivas. Essa divisão conduz à especialização das atividades e, ao mesmo tempo, à destruição dos saberes de ofício que permitiam o trabalhador o conhecimento específico do *conjunto* das operações necessárias à produção de certo bem; alocado a uma única e determinada tarefa, que repetirá ao longo de todas as jornadas de trabalho, o trabalhador será despojado dos seus conhecimentos e perderá o controle das suas tarefas [...]. A divisão capitalista do trabalho no interior das unidades produtivas propiciará um enorme aumento da produtividade do trabalho e terá como efeito uma diferenciação da força de trabalho que favorecerá os desígnios do capitalista: de um lado criará uma parcela de trabalhadores altamente especializados, que disporá de condições de negociar em posição de força com o capitalista,; mas, de outro, *desqualificará* a maioria das atividades produtivas, na medida em que a divisão do trabalho multiplica atividades simples [...]. O período manufatureiro [é] [...] realmente comandado pelo capital. Esse comando, será chamado por Marx de, *subsunção real* do trabalho”.

concentrando e focalizando o capital. Com o processo de crescimento de empresas maiores, vê-se as então pequenas empresas falirem por meio da concorrência do mercado, principalmente, pelas empresas de grande porte possuírem um grande contingente de capital e de forças produtivas compostas pelo trabalho vivo e pelo trabalho morto.

A partir da eclosão dos monopólios no final do século XIX, percebe-se uma alteração no funcionamento dos bancos, que antes tinham como principal objetivo mediar os pagamentos realizados pelas empresas capitalistas. Com a fase do capitalismo monopolista, os bancos se transformaram num elemento importante para centralizar o capital, produzindo o sistema de créditos. Netto e Braz (2012, p. 191) apontam que, “[...] os bancos passaram a controlar massas monetárias gigantescas, disponibilizadas para empréstimos – e a concorrência entre os capitalistas industriais levou-os a recorrer ao crédito bancário para seus novos investimentos.”

Com a junção entre o capital de grandes monopólios industriais e os bancos, vê-se o início do atual estágio capitalista em sua fase imperialista. O imperialismo é baseado na acumulação e centralização do capital e dos seus meios de produção, mas com uma particularidade: a criação do capital financeiro por meio da junção entre capital industrial com o capital bancário.

Esses capitais detidos nos grandes centros capitalistas eram exportados por meio de empréstimos a juros a governos ou empresas capitalistas de outras nações. Além disso, temos a implantação de indústrias (dos centros capitalistas) para países de terceiro mundo. Aqui, busca-se a maior quantidade de lucro possível através dos juros recebidos pelo empréstimo de capitais. (NETTO; BRAZ, 2012).

O imperialismo procurou de todas as formas extrair capital em todos os âmbitos mercantilistas, desde a extração de petróleo, que compõe um mercado que enchem os olhos capitalistas, até a implantação de capital nas guerras por meio da indústria bélica. Os gastos realizados pelos governos dos grandes países que estiveram em guerra por longos anos, tornou-se fonte de riqueza para os grandes capitalistas através de lucros inimagináveis. Assim, percebe-se uma consolidação do estágio imperialista em todo o planeta por intermédio de uma economia mundial totalmente centrada no capitalismo financeiro.

Apesar de o capital ter vivenciado uma onda longa expansiva no seu processo de acumulação e crescimento da economia e altas taxas de lucro, na década de 1970 o capitalismo ajusta-se numa crise estrutural nos países centrais, levando as taxas de lucros despencarem em diversos países mundo a fora.

*A onda longa expansiva é substituída por uma onda longa recessiva: a partir daí e até os dias atuais, inverte-se o diagrama da dinâmica capitalista: agora, as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas (NETTO; BRAZ, 2012, p. 226, grifos originais).*

A partir de então, o capital tenta de todas as formas possíveis se desvencilhar da crise instaurada nos últimos 30 anos do século XX. O sistema capitalista começa a passar por uma longa recessão em todo o mundo devido à crise estrutural que se instaurava no seu modelo econômico baseado na queda da taxa de lucro e no aumento da taxa de inflação, ocasião que mudou todo o contexto, trazendo terreno fértil as ideias neoliberais de Hayek.

Hayek (apud HARVEY, 1993) atribui a origem da crise aos sindicatos e aos movimentos operários. De forma geral, os sindicatos e movimentos tinham em suas mãos certo poder de movimentar as massas para que pudessem reivindicar as questões salariais e o aumento com os gastos sociais, fatores que teriam absorvido as bases de acumulação capitalista e destruído o lucro das empresas, ocasionando um desenvolvimento inflacionário irreversível, levando as economias de mercado a uma crise generalizada.

Para reverter a crise, as estratégias utilizadas pelo capital são representadas no processo de reestruturação produtiva, no processo de financeirização do capital e de uma ideologia neoliberal. A reestruturação produtiva é baseada:

[...] na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. [...] surge setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1993 apud NETTO; BRAZ, 2012, p. 227).

Percebe-se uma reconfiguração do sistema produtivo consolidado até os anos 1970. Agora o capital procura se adaptar a mercados consumidores específicos, voltando-se para as particularidades regionais bem como a sua cultura, com objetivo de operar em todo e qualquer espaço. Vê-se ainda a intensificação da substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, atingindo diretamente as pessoas que trabalham no ramo industrial. É evidente que, todas essas transformações realizadas no mundo do trabalho têm uma única finalidade: aumentar as taxas de lucros que despencaram com a crise por meio da exploração da força de trabalho que se realiza em um contexto de desregulamentação dos empregos e na redução dos salários da classe trabalhadora resultando em altas taxas de desemprego.

Nesse sentido, Netto e Braz (2012, p. 232, grifos originais) salientam que o capitalismo contemporâneo, ou então, o chamado estágio imperialista, está transformando o “*desemprego*

*maciço em fenômeno permanente*”, assegurando que “a crescente enormidade do exército industrial de reserva torne-se irreversível”, refletindo principalmente na potenciação das expressões da “questão social”.

Mesmo reconfigurando as relações de trabalho para gerar maior rentabilidade nos lucros, o capital também procurou meios de acabar com qualquer barreira que impedia o seu desenvolvimento na sua fase monopolista. Utilizou-se de um aporte ideológico que surgiu na Áustria na década de 1940 pelo economista Friedrich Hayek, o qual denominava de *ideologia neoliberal*. Na visão de Netto e Braz (2012, p. 239), “essa ideologia legitima precisamente o projeto do capital monopolista de romper com as restrições sociopolíticas que limitam a sua liberdade de movimento”. O alvo seria o Estado. Com a “necessidade” de sua redução, a ofensiva neoliberal corta os gastos e reprime os direitos sociais conquistados arduamente pela classe trabalhadora ao decorrer do tempo.

O neoliberalismo como uma ideologia conservadora tem por principais objetivos reformular o Estado no que diz respeito a não garantia dos direitos sociais, diminuindo sua intervenção. Configura-se, portanto, um “Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 239).

O Estado neoliberal surge posterior a Segunda Guerra Mundial em continentes como a América do Norte e a Europa, em países predominantemente capitalistas para combater o Estado intervencionista através de práticas políticas contrárias as do Estado de Bem-Estar Social. Friedrich Hayek escreveu em 1944 o texto de origem do neoliberalismo intitulado “Caminho da Servidão”.

No contexto de efetivação do Estado de Bem-Estar na Europa, Hayek reuniu pessoas da Inglaterra e de outros países que tinham o mesmo pensamento ideológico que ele, a exemplo dos adversários do New Deal norte-americano e do Estado de Bem-Estar Social europeu na estação de *Mont Pèlerin*, na Suíça para uma reunião que deu origem a sociedade de *Mont Pèlerin*, essa atuava organizadamente como um tipo de franco-maçonaria neoliberal e se reunia a cada dois anos internacionalmente com o objetivo de derrubar o Keynesianismo e criar uma nova forma de capitalismo duro e sem regras.

Hayek e seus seguidores defendiam que a ideia de igualdade pregado pelo Estado de Bem-Estar fazia mal a sociedade, pois diminuía a concorrência da época causando declínio no sistema concorrencial e afetava a liberdade dos cidadãos. Nesse contexto, as ideias neoliberais não eram motivo de ameaça aos defensores do Estado de Bem-Estar Social, pois o capital

passava por uma fase de auge em seu sistema, a idade do ouro, momento de maior crescimento na história entre as décadas de 1950 e 1960.

O Estado neoliberal passa a agir na sociedade reduzindo os gastos sociais e boicotando os sindicatos com a retirada do poder de mobilização de suas mãos, fazendo com que as classes operárias fiquem desmobilizadas para com isso, reestabelecer a situação monetária do Estado. Com isso, a taxa de desemprego começa a crescer tornando evidente o exército industrial de reserva. As reformas fiscais eram necessárias para a manutenção desse novo modelo de Estado, ou seja, a taxa média de impostos sofre redução nos maiores rendimentos, sendo assim, a desigualdade volta à cena das economias avançadas.

Para o neoliberalismo se hegemonizar, levou aproximadamente uma década, a década de 1970, ocorrendo exatamente no ano de 1979. O primeiro país de capitalismo avançado a se esforçar abertamente para pôr em prática o regime neoliberal foi a Inglaterra com a eleição do governo Thatcher. Logo em seguida, a onda neoliberal e direitista começou a fazer parte da maioria dos países do Norte da Europa Ocidental. Os anos de 1980 incorpora o sucesso do neoliberalismo e a consolidação da nova direita política na Europa e na América do Norte.

No concernente aos governos neoliberais, na prática, a Inglaterra como pioneira do neoliberalismo frisou na questão de corte de diretos e nas privatizações pela raiz, vejamos suas medidas:

Contraíram a emissão monetária, elevaram as taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os rendimentos altos, aboliram controles sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego massivos, aplastaram greves, impuseram uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais. E, finalmente – esta foi uma medida surpreendentemente tardia –, se lançaram num programa de privatização, começando por habitação Pública e passando em seguida a indústrias básicas, como o aço, a eletricidade, o petróleo, o gás e a água (ANDERSON, 2003, p. 12).

Esse contexto conta com o padrão mais puro e elevado do neoliberalismo do mundo, contando com as medidas mais ambiciosas nos padrões neoliberais de capitalismo avançado.

No continente norte-americano, as medidas foram bastante distintas do modelo inglês. Nos Estados Unidos suas bases eram na competição militar com a União Soviética como estratégia de governo para derrubar a economia desta última e acabar com o governo socialista presente na Rússia. Para além disso, houve a redução de impostos para a classe mais rica, aumento na taxa média de juros e a derrubada da greve que se consolidou como única greve de peso na gestão de Reagan.

Na Europa, os governantes direitistas utilizaram-se de práticas neoliberais mais cautelosas, tendo cuidado com a disciplina orçamentária e com as reformas fiscais deixando os

cortes nos direitos sociais e o confronto com os sindicatos um pouco mais de lado. Apesar dos governos europeus, utilizarem-se de práticas neoliberais mais paliativas do que os governantes de outros continentes já havia uma grande distância entre as atuais práticas neoliberais e as práticas da social democracia anterior.

Nesse momento, no norte da Europa, estavam sendo eleitos na maioria dos países presidentes de direita, pautados nas ideias neoliberais. Paralelo a isso, estava sendo eleito, no Sul da Europa, os primeiros governos de esquerda que foram denominados de euro-socialistas, com vertentes progressistas tendo o apoio dos movimentos populares e operários.

Na América Latina, as políticas neoliberais se constituem, assim como na Europa, como resposta ao fracasso do Estado de Bem-Estar Social, isso nos países que conseguiram implantar esse Estado interventor e também com base na industrialização crescente e na dívida fiscal. Os países da América Latina utilizavam-se das políticas neoliberais de maneiras diferenciadas, cada um levando em consideração as versões baseadas na herança hegemônica deixada anteriormente pelos governantes em cada país.

Não nos cabe aqui esgotar a discussão acerca das particularidades do neoliberalismo em cada país ou continente, apesar dessa discussão ser essencial para se entender como a ideologia neoliberal torna-se hegemônica nos países de capitalismo avançado. Cabe ressaltar que, no princípio, o neoliberalismo era posto em prática apenas por governos de direita radical, porém, logo depois, todos os governos passaram a utilizar as práticas neoliberais em sua gestão, inclusive aqueles que se declaravam governos de esquerda.

A princípio, a socialdemocracia, era a “pedra no sapato” do neoliberalismo, e havia uma situação de rivalidade recíproca entre esses dois segmentos nos países de capitalismo avançado, mas, essa situação mudou quando os governos socialdemocratas passaram a implantar as medidas neoliberais em seus planos de governo. No fim dos anos de 1980, houve o trinfo total do neoliberalismo e da sociedade de *Mont Pèlerin*.

O neoliberalismo foi implantado com o principal objetivo de combater a inflação que se alastra pela economia mundial no decorrer da crise instaurada no sistema econômico nos anos de 1970. De acordo com Anderson (2003), houve êxito nesse aspecto, já que a taxa de inflação que era de 8,8% passa à 5,2% nos países da Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento (OCDE) entre os anos de 1970 e 1980, ocasionando êxito para o neoliberalismo com a deflação que aumentou a taxa de lucros das indústrias capitalistas cerca de 4,7% na década de 1980. Ao passo que aumenta a taxa de lucro das grandes indústrias, aumentava também a taxa de desemprego nos países da OCDE, que na década de 1970 contava

com 4% e passa a 8% na década de 1980. Esse fator culmina em mais um êxito do neoliberalismo, que é a desigualdade.

O Estado neoliberal favorece as liberdades de mercado e a propriedade privada através de contratos firmados com as instituições do mercado, para isso, prega que os setores, antes coordenados pelo Estado, deverão passar a ser geridos pela iniciativa privada sem nenhum tipo de interferência do Estado.

A defesa da liberdade de mercado não ocorre apenas em volta da questão econômica, esse tipo de liberdade, remete também a instituição de um projeto societário global baseado no princípio de uma estrutura social e na regularização das estruturas político-institucional.

A ofensiva neoliberal caracteriza-se por intermédio de ações baseadas na contenção dos gastos, utilizando o mercado “*como instância mediadora societal, elementar e insuperável e uma proposição política que propõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia.*” (NETTO, 2001, p.77, grifos originais).

Vemos, portanto, uma nova estratégia do capital baseada na ideologia neoliberal que traz consigo meios que acabam por modificar as relações de trabalho até então existentes. Nesse sentido, o Estado busca reduzir os gastos, além de demandar cortes nos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora.

### **1.3 Neoliberalismo no Brasil: reformas e contrarreformas do Estado brasileiro**

A partir da perspectiva neoliberal abordada acima, faz-se necessária uma abordagem da entrada do Neoliberalismo no Brasil. Nesse item, parte-se da análise de Bresser Pereira (1996) sobre a crise econômica e a reforma do Estado no Brasil, a qual o autor pontua que é necessária uma reforma para superar a crise fiscal por meio de estratégias voltadas ao mercado. Em seguida, será pontuado um contraponto com a crítica de Behring (2003), com base nas transformações ocorridas com a chegada da lógica capitalista contemporânea no Brasil pós-(re)democrático e os fatores políticos e econômicos que levaram ao processo de contrarreforma do Estado, como a mesma designa.

#### **1.3.1 Reformas do Estado brasileiro segundo Bresser Pereira**

Bresser Pereira (1996) pontua que a crise do Estado no Brasil (que iniciou-se desde os anos 1980 e segue nos anos 1990) é advinda de um Estado que se ampliou mais do que deveria

e que, conseqüentemente, se tornou impossível de ser governado. A partir disso, tornou-se imprescindível a inserção de reformas voltadas para o mercado, que foram vistas nas privatizações, no ajuste fiscal<sup>10</sup> e na liberalização comercial<sup>11</sup>.

Bresser Pereira (1996), evidencia os principais sintomas da expansão do Estado: “[...] (1) a excessiva regulamentação, que obstrui, ao invés de estimular, a atividade econômica; (2) elevados déficits públicos, que elevam a taxa de juros e provocam o *crowding out* dos investimentos privados; e (3) a transformação da poupança pública em negativa, o que reduz o total de poupança da economia e imobiliza o Estado”. Continua o autor: “esse é o momento no qual o ciclo se reverte, em que o controle estatal se retrai e o controle pelo mercado se expande. É o momento para desregulamentação e privatização” (p. 68, grifos originais).

Bresser (1996, p. 17) coloca que o principal motivo para a crise foi a expansão do Estado, e que a única saída seria conter esse crescimento de forma que o Estado não desempenhasse “[...] nenhuma função econômica, exceto a de garantir os direitos da propriedade e da moeda nacional”. A crise do Estado era considerada dentro de

[...] três aspectos: uma crise fiscal, uma do modo de intervenção, e uma da forma burocrática de administração do Estado. A crise fiscal caracteriza-se pela perda do crédito público. [...]. A crise do modo de intervenção é definida pela exaustão das formas protecionistas de intervenção, e pela multiplicação de subsídios [e] a crise da forma burocrática de administração, pela rigidez e ineficiência do serviço público. (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 19-20).

O autor deixa claro que a crise do Estado é a principal explicação da crise econômica que se alastrou pelo Terceiro Mundo, devido o Estado ter se transformado numa esfera ingovernável por estar falido, e pela conseqüente falta de credibilidade. Bresser (1996, p. 20) afirma que a saída para essa crise está na reconstrução do Estado com vistas a reformular sua administração e “redefinir o seu modo de intervenção na economia, para que a governabilidade e a governança – a legitimidade e a capacidade financeira e administrativa de governar – sejam recuperadas”. Nesse sentido, a estratégia neoliberal entra em curso para redefinir o papel do Estado readquirindo o seu modo de agir pautado nas privatizações e na liberalização da economia, preconizando o Estado mínimo.

---

<sup>10</sup> Bresser Pereira (1996, p. 226) analisa o ajuste fiscal como um conjunto de medidas aderidas para tentar resolver a crise fiscal do Estado. Dentre essas medidas destacam-se o aumento de impostos para “alavancar” a poupança pública, reduzir as despesas por meio dos cortes nos investimentos de áreas sociais e o cancelamento da dívida externa.

<sup>11</sup> Referimos “liberalização comercial” a abertura do comércio nacional ao capital estrangeiro e a livre comercialização entre países capitalistas.

O processo de substituição de importações levou ao início da industrialização brasileira, sendo que aquele fez por aumentar a dívida externa que viria a imobilizar e desajustar o Estado, levando-o a crise fiscal. O Estado passou a financiar a substituição das importações mantendo as empresas privadas por um período de tempo, até que as poupanças do governo iniciaram um processo de derrocada.

Com a poupança pública<sup>12</sup> praticamente zerada, até meados dos anos 1980, mais de “90% da dívida tornara-se responsabilidade do Estado” (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 42). Percebe-se que, por meio do alargamento da dívida externa, extraída do suporte que o Estado propiciou ao setor privado, vê-se portanto, a crise fiscal do Estado (ou crise da dívida)<sup>13</sup>.

Na visão de Bresser Pereira (1996), a crescente dívida externa dos países da América Latina teve por base a elevação de juros internacionais cobrados e a criação de políticas populistas. Com base nesses dois aspectos, ele afirma que a cobrança desses juros e as novas políticas implementadas conduziram ao aumento do déficit nas contas públicas diminuindo a poupança pública, desencadeando a crise econômica e, por consequência, a crise do Estado.

Quando o Estado perde a sua credibilidade, verifica-se uma diminuição na capacidade de manter a moeda nacional perante o mercado externo. Com a poupança pública negativa, o único destino seria o aumento da inflação, o que ocorreu no Brasil nos anos 1980 e 1990.

Bresser Pereira (1996) analisa a poupança pública como um “conceito amplo de investimento público”. Esse investimento não engloba somente os próprios investimentos, mas também aplicações na esfera social como saúde, educação, segurança pública e tecnologia.

Tratando-se de políticas públicas, tendo como foco a saúde, fica claro que a lógica norteadora dessa política é a lógica de mercado. A rede de saúde no Brasil é predominantemente de consumo privado, tendo em sua organização o atendimento da maioria dos serviços

---

<sup>12</sup> Ao falar de poupança pública nos referimos a todo e qualquer dinheiro que o Estado possui em caixa.

<sup>13</sup> Acerca da crise da dívida, Bresser Pereira (1996), destaca algumas proposições estabelecidas já na década de 1990. São elas: “(1) O excessivo endividamento internacional nos anos 70 e a crise da dívida resultante foi uma consequência [...] da crença de que os países em desenvolvimento deveriam e poderiam receber um influxo de capital por um período de tempo indeterminado, ignorando que os empréstimos seguem [...] um ciclo de pagamentos e reembolsos [...]. (2) A crise da dívida foi de fato uma crise para os países altamente endividados, e não para os credores [...]. (3) A dívida era o principal problema não apenas porque implicava volumosas transferências de recursos reais para os credores, mas também devido a suas consequências fiscais. [...] na América Latina, por volta de 90% da dívida externa de longo prazo é dívida pública. Dessa forma, a dívida é um ingrediente essencial da crise fiscal do Estado. (4) A crise da dívida [...] e políticas populistas, baseadas na resistência em eliminar o déficit público, foram [...] as razões dessa crise. [...]. (6) Nos primeiros anos da crise, as desvalorizações reais da moeda local, necessárias para obter elevados superávits comerciais, aceleraram fortemente as altas taxas de inflação [...]. [...]. (8) A estabilização foi atingida na América Latina e a estagnação econômica dos anos 80 deu lugar a modestas taxas de crescimento nos anos 90. [...] No momento, a concentração de renda aumentou, os salários permanecem muito baixos, e as novas democracias, [...], estão longe de estarem consolidadas. [...] [...]” (p. 132-133-134)

especializados em hospitais e clínicas particulares, conveniadas pelo SUS que adquirem privilégios fiscais em troca da prestação de serviços, sustentando o nível de financiamento. Esse fator torna os serviços focalizados, precarizados e reduzidos para que assim, o Estado gastasse menos e pudesse aumentar a poupança pública.

Cabe ressaltar que, a partir do momento que a poupança pública estiver nula, “o Estado, para investir, terá apenas que financiar o investimento por meio de déficit público. Entretanto, se o objetivo é reduzir o déficit público [...] o resultado provável será um corte dos investimentos públicos e, conseqüentemente, uma redução do crescimento econômico” (p. 45).

Uma vez que o Estado investe um maior percentual de capital do que o percentual da sua poupança, logo percebe-se um considerável aumento no endividamento público. Desse modo, quanto mais o Estado se endivida, maior é a capacidade de deteriorar a poupança pública e o investimento nas empresas estatais. Isso força o Estado a pegar empréstimos em cima da dívida, o que gera um processo de endividamento interno, um efeito “bola de neve”, crescendo dia após dia, até chegar ao processo hiperinflacionário. Assim,

A causa real do déficit provavelmente não serão os investimentos, que foram reduzidos, mas os juros que se elevaram devido ao aumento da dívida e ao aumento da taxa de juros que o Estado passa a ser obrigado a pagar, dada sua falta de crédito. (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 110)

Vê-se, portanto, uma diminuição drástica nos investimentos, pois todo dinheiro arrecadado pelo governo, por meio de cobrança de impostos será para tentar pagar a dívida que já se encontra num estágio excessivamente elevado. Mesmo tentando de todas as formas diminuir a dívida, a mesma só tendia a aumentar, e conseqüentemente o déficit público.

Bresser irá defender um ajuste fiscal com vistas a controlar o déficit público e eliminá-lo, como também irá sustentar reformas voltadas para o mercado que têm por efeito a diminuição do tamanho do Estado e a anulação das normas econômicas. Somente por meio da união entre a esfera privada e um Estado “fiscalmente sadio”, é que poderá estabelecer mecanismos ao seu desenvolvimento. E mais uma vez, as ferramentas defendidas e utilizadas serão: a implantação de um ajuste fiscal, a abertura comercial, a desregulamentação e um sistema de privatizações. Desse modo, percebe-se que a saída para a crise fiscal não é retirar o Estado da economia, mas assumir novas funções voltadas para o “bem-estar” do mercado (BRESSER PEREIRA, 1996).

Após o processo de redemocratização no final dos anos 1990, o Neoliberalismo chega com força total ao Brasil. As estratégias defendidas por Bresser Pereira foram claramente

adotadas pelos governos brasileiros. Um dos principais métodos adotados consta-se no gigantesco número de privatizações de empresas estatais com o governo Fernando Collor de Melo e com o final do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O governo de Fernando Collor de Melo (março de 1990 a dezembro de 1992) entrou para história da política brasileira com a implantação das reformas econômicas pautadas na melhoria do mercado. Essas reformas são defendidas pelos neoliberais como necessárias para a manutenção da ordem social. Sendo assim, “Collor mostrou-se as vezes corajoso, se não heroico, ao implementar reformas voltadas para o mercado e ao combater a inflação com medidas monetárias e fiscais” (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 183). Porém, não pôde alcançar o controle da inflação, tornando-se um governo caracterizado por inúmeras crises políticas em sua gestão, que as levaram ao *impeachment* em setembro de 1992 por denúncias de corrupção.

Collor iniciou seu processo de reformas estruturais, baseadas no ajuste fiscal, nas privatizações e liberalização comercial, colocadas por Bresser Pereira (1996, p. 186) como “fundamentais para superar a crise do Estado”. Collor prossegue seu governo com propostas de um acordo político lançado pelo então senador Fernando Henrique Cardoso com o intuito de recuperar a legitimidade do seu governo. Sendo uma tentativa fracassada, o governo responsabilizou o populismo constitucional pelo seu fracasso e resolveu colocar em prática um conjunto de emendas constitucionais, que ficaram conhecidas como “emendão”.

Ao contrário de Sarney, Collor não adotou medidas populistas. Por implantar essas reformas, Collor é colocado pelos intelectuais da esquerda como um governo pertencente à direita neoliberal, mas, Bresser Pereira (1996), defende que isso não o caracteriza como neoliberal, que o neoliberalismo vai muito além das privatizações, do conservadorismo e das reformas orientadas para o mercado, “é uma forma radical de individualismo e de liberalismo econômico, contraria a qualquer tipo de intervenção do Estado no plano econômico e social” (p. 188). Além disso, o verdadeiro neoliberalismo, segundo Bresser Pereira (1996), é aquele implantado nos Estados Unidos por Reagan, ou a tentativa de implementação por Margareth Thatcher na Inglaterra, dentre tantas outras experiências destacadas no item anterior.

No início de seu mandato, Collor lança um plano de estabilização denominado de “Plano Collor”, incorporando quatro tipos de medidas a curto prazo: “reforma monetária, incluindo o congelamento de 70% dos ativos financeiros do setor privado; o ajuste fiscal do qual fizeram parte medidas [...] de cancelamento de parte da dívida; um novo congelamento de preços e; a introdução de uma taxa de câmbio flutuante” (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 224).

O ajuste fiscal, colocou em cheque medidas de aumento de impostos, cancelamento de parte da dívida pública e uma redução nas despesas do Estado. No geral, os ajustes fiscais têm natureza recessiva, com isso, o plano de estabilização de Collor acabou por provocar uma recessão na economia no país. Ao fim do seu governo, o mesmo não conseguiu recuperar sua legitimidade, e o país chegou ao limite da crise.

É na década de 1990 que as reformas voltadas para o mercado ganham força através da sua implantação por meio das privatizações, reestruturação das empresas privadas, reajuste fiscal e liberalização do comércio. Em meio a uma alta inflação, que assolava o Brasil até 1994, esse quadro começou a ser revertido com a implementação do Plano Real.

A estabilização conseguiu ser alcançada em 1994, no governo de Itamar Franco, com o apoio de Fernando Henrique Cardoso, por meio de uma equipe de economistas pertencentes ao quadro de desenvolvedores da teoria da inflação inercial<sup>14</sup>. A partir de então, o crescimento da economia do país não tinha mais como acontecer sem essa estabilização. A estabilização se deu mediante a implementação do Plano Real, que ocorreu em um processo de três fases, divididas entre ajuste fiscal, neutralização da inércia e o choque anunciado.

O ajuste fiscal ocorreu entre dezembro de 1993 e fevereiro de 1994 que tinha base no equilíbrio da economia por meio do aumento de impostos e corte nos gastos públicos. A segunda fase, baseada na contenção de gastos proposto na primeira, ocorreu em junho de 1994 utilizando-se de um índice denominado Unidade Real do Valor (URV) capaz de medir diariamente como estava a inflação, neutralizando a inércia. E, por fim, a terceira fase que foi a reforma monetária ocorrida em 1º de julho de 1994, quando o cruzeiro foi substituído pelo real. O Plano Real, acabou por ser uma estratégia heterodoxa e ortodoxa de sucesso que conseguiu controlar a inércia dos preços sem o uso do congelamento. Segundo Bresser Pereira (1996, p. 266-267),

O plano real foi uma reforma econômica orientada para o Brasil, porque levou em conta as características especiais da inflação brasileira. Foi heterodoxo porque adotou a URV e terminou a inflação com um choque, mas foi também ortodoxo porque nunca descuidou do ajuste fiscal e, desde o choque, tem sido apoiado por uma política monetária rigorosa.

As reformas preocupavam-se com os interesses econômicos nacionais. Entre as reformas, a liberalização comercial obteve um peso maior, pois tinha o objetivo de reestruturar

---

<sup>14</sup> Segundo Bresser Pereira (1989, p. 01) “A teoria da inflação inercial é baseada no conflito distributivo, que se revela ou se expressa na inflação passada”, mas, com expectativas futuras. Para melhor compreensão dessa teoria, consultar o texto “**A teoria da inflação inercial reexaminada**” de Bresser Pereira (1989).

as empresas e às exportações. As privatizações ocorreram com um impulso maior nas indústrias estatais mais competitivas, iniciando pela indústria de aço, em seguida as grandes usinas, a indústria petroquímica, além das estradas de ferro federais e tantas outras distribuidoras que foram também privatizadas.

A modernização ganha cena na década de 1990 com o pacto político informal, baseada na estratégia social-liberal voltada ao mercado para superar a crise por meio da distribuição de renda e do aperfeiçoamento tecnológico. O pacto político é necessário porque nos países em desenvolvimento, o contrato social clássico, não é suficiente para legitimar um governo, como ocorre nos países desenvolvidos.

A modernização no Brasil se deu essencialmente pela descentralização dos Estados e Municípios, a liberalização comercial, desresponsabilização do Estado e privatizações, além das mudanças políticas, sociais e ideológicas, como o direito ao voto que foi ampliado, o aumento da população da classe média e o número de jovens universitários.

Para além da reforma do Estado, em 1995, tivemos ainda uma reforma na administração pública erguida pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso eleito em 1994, para o firmamento do ajuste fiscal no Brasil com o intuito de implementar um serviço público moderno e profissional para melhorar as condições de atendimento aos cidadãos. Essa nova administração pública foi se orientando através da:

(1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; (2) descentralização administrativa, pela delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos em vez de piramidal; (4) organizações flexíveis ao invés de unitárias e monolíticas, nas quais as ideias de multiplicidade, de competição administrativa e de conflito tenham lugar; (5) pressuposto de confiança limitada e não da confiança total; (6) definição dos objetivos a serem atingidos na forma de indicadores de desempenho sempre que possível quantitativos, que constituirão o centro do contrato de gestão entre o ministro e o responsável pelo órgão que está sendo transformado em agência; (7) controle por resultados, *a posteriori*, em vez de controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e (8) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto referida (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 272, grifos originais).

O discurso da reforma administrativa seria para a melhoria no atendimento ao cidadão e para facilitar o ajuste fiscal. Na questão do ajuste fiscal, esse se dá principalmente nos municípios e Estados, através do quadro de funcionários. Temos ainda como parte da reforma brasileira, uma reforma constitucional, pois dela deriva quase todas as outras reformas. Sendo assim:

À medida em que suas principais propostas – a flexibilização da estabilidade, o fim do regime jurídico único, o fim da isonomia como preceito constitucional, o reforço dos tetos salariais, a definição de um sistema de remuneração mais claro, a exigência do projeto de lei para aumento de remuneração nos três poderes – sejam aprovados, não apenas se abre espaço para a administração pública gerencial, mas também a sociedade e seus representantes políticos sinalizam seu compromisso com uma administração pública renovada com um novo Estado moderno e eficiente (BRESSER PEREIRA, 1996, p. 187).

Outra reforma que ocorreu foi a reforma do sistema previdenciário que é baseado no sistema de repartição, onde os funcionários que seguem trabalhando pagam a aposentadoria dos funcionários inativos por meio das contribuições. O sistema previdenciário público, vem sofrendo desequilíbrio, sendo necessário uma mudança no sistema de aposentadoria. Então, passa a ser posto, o aumento da idade mínima e do tempo de serviço exigido, tornando o tempo de contribuição proporcional ao valor da aposentadoria, o que determina que o valor da aposentadoria passa a ser proporcional ao invés de integral, de acordo com o previsto na Constituição Federal de 1988.

Assim sendo, essas reformas defendidas por Bresser Pereira, caracterizam-se por medidas adotadas para o mercado, a qual utiliza-se do poder coercitivo do Estado como um meio de garantir benefícios a propriedade privada. Essas reformas servem apenas às barganhas do capital internacional que se instalou no país desde o seu processo de industrialização, causando impactos nos direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988 que vem sofrendo desmonte desde a entrada da ideologia neoliberal no país. O desmonte dos direitos sociais vem ocorrendo em todas as esferas, e não é diferente com a saúde que a partir da reforma do Estado se encontra cada vez mais sucateada e dependente do setor privado com essa nova ideologia instaurada no país iniciando uma ofensiva de contrário a todo o processo de inserção de políticas sociais.

### **1.3.2 Contrarreformas do Estado brasileiro segundo Behring**

A partir da análise anterior Elaine Behring (2003) faz uma crítica à tese defendida por Bresser Pereira (1996). A autora parte da tese das transformações no mundo do trabalho ocorridas pela implantação da reestruturação produtiva dos anos 1980, analisa também o processo de crise econômica e democratização do país e a ofensiva neoliberal que culminaram no processo das contrarreformas do Estado.

Nos anos 1980, a primeira mudança ocorrida na esfera do trabalho, pontuada por Behring (2003), refere-se à implantação do toyotismo. Esse modelo trouxe consequências

negativas para a classe trabalhadora, como por exemplo o agravamento do desemprego. Todas as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, vão acarretar na desorganização política dos movimentos sociais e dos sindicatos que estavam lutando pelo processo de redemocratização do país e também pela implantação de direitos sociais na Constituição Federal de 1988.

A abertura do Estado ao adotar as medidas da lógica capitalista em curso, voltadas para o mercado, seja pela desvalorização dos salários diretos e indiretos (flexibilidade), por empregos temporários, pela terceirização ou/e pelo não atendimento às políticas públicas, traz um período de insegurança a classe trabalhadora. Behring (2003), trata essa abertura como uma “contrarreforma” do Estado, que irá beneficiar apenas o setor privado.

Todas essas mudanças e essa insegurança generalizada expressam, [...] a *agressividade do capital no sentido de aumentar a produtividade do trabalho*, tendo em vista recuperar sua rentabilidade [...]. A palavra de ordem da reestruturação produtiva – flexibilidade – [...], diz respeito a *alcançar o máximo de produtividade da força de trabalho com o mínimo custo*, [...], mas *sem preocupação com o crescimento e com os efeitos de barbarização da vida social* daí decorrentes [...]. (BEHRING, 2003, p. 40, grifos nossos).

Esse processo foi aceito pelo Estado brasileiro, configurando-se assim uma reforma para o Estado e sua classe burguesa, e uma “contrarreforma” vista para a classe trabalhadora como a destruição de todos os seus direitos conquistados com a Constituição de 1988.

O processo de globalização advindo com a expansão da nova lógica capitalista, com a implantação de filiais de empresas multinacionais no Terceiro Mundo, trouxeram sequelas, por exemplo: aumento do desemprego e da desigualdade social, fechamento de pequenas/médias empresas, quebra da indústria nacional, ampliação das importações e conseqüentemente da diminuição das exportações, bem como o endividamento dos países de Terceiro Mundo por meio de empréstimos aos países “donos” do sistema capitalista. Algumas dessas sequelas também são apontadas por Bresser Pereira (1996) na sua análise das reformas do Estado.

Com isso, inicia-se o processo de contrarreformas: os países do Terceiro Mundo, altamente endividados, serão colocados nas mãos do ajuste neoliberal com vistas a sua abertura comercial, privatizações das suas empresas estatais e a desvalorização das moedas nacionais, conforme apontamos acima. Ao Estado só restou ir ao encontro ao projeto neoliberal, passando a garantir as condições necessárias de produção da tecnologia de ponta, sendo essas essenciais ao mundo do capital. Aqui, o Estado tem como principais funções:

[...] cobrir o custo de algumas infraestruturas [...], aplicar incentivos fiscais, garantir escoamentos suficientes e institucionalizar processos de liberação e desregulamentação, em nome da *competitividade*. [...] são decisivas as liberalizações,

desregulações e flexibilidades no âmbito das relações de trabalho – diminuição da parte dos salários, segmentação do mercado de trabalho e diminuição das contribuições sociais para a seguridade social; [...] têm destaque os processos de privatização, reduzindo as dimensões do setor público [...]. (BEHRING, 2003, p. 59, grifos originais).

Têm-se, portanto um Estado antidemocrático com vistas ao esfacelamento das condições de vida da classe trabalhadora ao conter os direitos sociais e o acréscimo dos salários.

Behring (2003) trata a então crise fiscal do Estado como um ocorrido após a implantação do sistema de reestruturação produtiva entre os anos 1980 e 1990. Ela analisa os gastos com a expansão das demandas que assistem a classe trabalhadora, o decréscimo das economias nacionais e a queda dos lucros como fatores de agravamento da crise estatal, mas a principal razão encontra-se na “[...] reorientação dos fundos públicos para a demanda do empresariado, combinada a queda da receita engendrada pelo ciclo depressivo e à diminuição da taxa sobre o capital [...]”. (ANDERSON, 1995; CHESNAIS, 1996 apud BEHRING, 2003, p. 63).

Para barrar a crise estatal, o Estado, dá prioridades ao corte nos gastos do governo, principalmente nos gastos destinados as políticas sociais. Tudo isso, em prol da estabilidade das contas do Estado. Com isso, inicia-se o processo de “desresponsabilização e desfinanciamento” das políticas pelo Estado, levando-as a privatização dos seus serviços e direcionando-os ao lucro capitalista.

Esse processo faz com que as políticas sociais passem a ter um caráter centralizado, seletista, e de acesso burocratizado, como ocorre com a política de saúde que começa a ser um espaço de controle político baseado no repasse das responsabilidades do Estado para a iniciativa privada através dos convênios com planos de saúde, hospitais e clínicas particulares mediante acordos firmados entre o Estado e essas empresas em um processo de lógica neoliberal.

No entanto, para conseguir essa “artimanha”, o ajuste neoliberal utilizou-se de sua ideologia dominante por meio da mídia. É expresso, portanto, um conjunto de ideias que serão amplamente divulgadas, e que têm por objetivo implantar mudanças no âmbito do trabalho, bem como na esfera do mercado mundial e nas contrarreformas do Estado.

Assim, na análise de Behring (2003) fica explícito que a lógica do Estado vai ao encontro dos pensamentos capitalistas, que tem como finalidade a desresponsabilização das suas atribuições em nome da rentabilidade capitalista, bem como no favorecimento ao comércio de mercadorias e capital, definindo políticas antidemocráticas e contrarreformistas, as quais Bresser Pereira defende como manobras voltadas para o mercado com o “objetivo” de tirar o Estado da crise fiscal.

Conforme item 1.1, na formação sócio histórica brasileira, o Estado ao longo da sua constituição teve como principal função dominar politicamente a classe subalterna, sendo de regra o mesmo pertencer a classe dominante. Ao incorporar a lógica neoliberal, o Estado inclui essa ideologia para assim orientar medidas para o mercado.

A dinâmica neoliberal caracteriza-se como um projeto conservador voltado a rentabilidade do capital consolidando uma avalanche de retrocessos por onde passa. É por meio desse processo que se configura as contrarreformas do Estado no Brasil pós-Constituição, que será iniciada no governo Fernando Collor, mas será prontamente direcionada por Fernando Henrique Cardoso (no Ministério da Fazenda) no governo de Itamar Franco, e dando continuidade - se não com mais força - em seu governo como presidente de 1994 a 2002, (Cf. item 1.3.1).

Behring (2003) pontua como principais condições para o Estado brasileiro adotar tais medidas, a transição do Estado ditatorial para o Estado democrático e a objeção ao desmonte dos recursos existentes no seu mercado, principalmente pelo país estar totalmente endividado em virtude do reordenamento do capitalismo.

Com a crise do petróleo – em 1970 – a dívida chega a quase seis vezes maior que a dívida inicial. Observa-se nesse cenário o aumento da inflação, como consequência não só da dívida, mas também pelo aumento dos juros sobre a mesma; o não crescimento da indústria nacional, que irá rebater no desemprego estrutural da classe trabalhadora que entrará no processo da informalidade para tentar sobreviver; e no corte das políticas públicas que assistem a esses trabalhadores, etc.

No final dos anos 1980, nota-se uma expectativa voltada às primeiras eleições diretas pós ditadura, ao qual Behring (2003) chama de "renovação das esperanças". A disputa entre o primeiro operário a se candidatar a esse cargo – Luiz Inácio Lula da Silva – e o candidato "da elite" – Fernando Collor de Melo –, obteve um desfecho onde, por uma diferença mínima, o segundo acabou assumindo o cargo.

Collor assume o país após diversos planos para diminuir a inflação não terem êxito, sendo essa sua principal promessa de governo. Mas na verdade, pouco tempo após adotar ações para baixar a inflação, os mesmos estavam fracassados, por a própria burguesia que o acompanhava – mesmo a contragosto – não aprovar as perdas causadas por suas medidas. No que se refere a direção social, o plano adotado é totalmente recessivo no que diz respeito aos gastos com as políticas públicas. Behring (2003) aponta programas de privatizações e a abertura

comercial "às nações amigas" por parte do governo, como contribuição para a instalação do neoliberalismo no Brasil – princípio das contrarreformas.

O plano real foi construído com base em diversos outros planos de estabilização discutidos no Consenso de Washington, que trouxeram medidas para possibilitar a reorganização econômica, por meio de negociações das dívidas antigas e prováveis renovações de empréstimos por parte do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial.

O governo FHC procurou manter essas políticas antidemocráticas para proporcionar reformas “comandadas” pelo capital estrangeiro, com o objetivo de “equilibrar” as contas. Com relação aos direitos sociais conquistados na implantação da Constituição Federal de 1988, principalmente no que se referem às políticas que compõem a Seguridade Social, estes são relativamente cortados e flexibilizados pelas medidas do Plano Real. Para Behring (2003, p. 163), isso se trata do “aspecto mais perverso da contrarreforma do Estado no Brasil”. Percebe-se, então, que o Plano Real teve como seu principal alvo o corte dos direitos sociais que levaram anos para serem conquistados.

Bresser Pereira como coordenador da reforma do Estado, pontua que a perspectiva da reforma proposta, como assinala Behring (2003, p. 173, grifos nossos):

[...] é garantir taxas de poupança e investimento adequadas, eficiente alocação de recursos e *distribuição de renda mais justa*. O lugar da política social no Estado social-liberal é deslocado: os serviços de saúde e educação, dentre outros, serão contratados por organizações públicas não-estatais competitivas.

Mas, com base na crítica feita por Behring (2003), essa “distribuição mais justa” refere-se a repartição dos recursos entre as classes que irão dirigir o plano da reforma. A “contrarreforma”, nas palavras de Behring (2003), será ‘necessária’ por decorrência da crise fiscal, elemento chave para combater a crise do Estado.

A solução que os dirigentes da reforma encontraram está na garantia das *exportações*, como também na manutenção da propriedade privada. Vemos então, um governo voltado a garantir a desestruturação da economia nacional por não priorizar o mercado local, dando privilégios ao mercado internacional, aos donos das propriedades privadas que concentram a maior parte da renda do país, e o rompimento com a esfera social. O plano é então direcionado para garantir os lucros do capitalismo internacional e a desresponsabilização com o desenvolvimento social do país.

O plano foi legitimado um ano após a admissão de FHC na presidência da República em 1995, sendo considerado por ele um salto para uma maior qualidade e eficiência dos serviços prestados pelo Estado. O plano, com a sua reforma tem como resultado:

[...] ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas voltadas para o mercado – abertura comercial e privatizações –, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que fortaleça a competitividade da indústria nacional; reforma da Previdência Social; inovação dos instrumentos de política social; e reforma do aparelho do Estado, aumentando sua eficiência. [...] (BEHRING, 2003, p. 178).

Segundo Bresser Pereira (1996), a Constituição Federal de 1988 produz vantagens e desvaloriza o poder do Estado ao constituir-se de práticas “patrimonialistas e clientelistas”, além da dispersão do poder estatal para estados e municípios. No que tange as políticas sociais que compõem a Seguridade Social, constata-se o abandono por parte do plano do novo governo, considerando-as assim como um conjunto de ações que não são prioritários e/ou essenciais no seu projeto de governo.

Em contrapartida aos avanços conquistados com a Constituição Federal de 1988 no concernente aos investimentos nas políticas sociais, em especial na política de saúde, objeto da nossa pesquisa, surge a ofensiva neoliberal que é contrária aos investimentos em políticas públicas. No que concerne à política de saúde, o Estado deixa de financiar a saúde pública para investir juntamente com o setor privado que acaba por focalizar os serviços.

A sugestão do plano ao privatizar refere-se a esfera da produção de bens, seja ele de consumo ou de capital, e inserção de práticas gerenciais. Ainda inclui reformas na recém promulgada Constituição, com foco na Previdência Social.

Com base na crítica feita por Behring (2003), a justificativa que o governo atribuiu para a implantação das reformas está pautada no ajuste fiscal, levando a uma nova adaptação às reivindicações do sistema neoliberal. As privatizações das estatais se tornam consequências da admissão desse novo sistema a política econômica brasileira, “[...] em nome da diminuição da dívida pública e da busca de eficiência para que o Estado pudesse fazer políticas sociais, tornando-se um eixo decisivo da reforma do Estado” (BEHRING, 2003, p. 199).

O processo de privatização das estatais se tornou um negócio de lucros exorbitantes pelo Estado brasileiro vendê-las a preços irrisórios. Com esse processo, as estatais agora privatizadas obtiveram lucros acima do que colhiam por meio do acréscimo de “[...] preços e tarifas, demissões antes e depois das privatizações, dívidas ‘engolidas’ pelo Estado, compromissos dos fundos de pensão e aposentadoria também assumidos pelo governo, e [...] empréstimos a juros baixos comparados as taxas do país, etc.” (BEHRING, 2003, p. 200).

A única saída defendida pelos neoliberais para superar a crise vinha do corte de gastos através da flexibilização das relações de trabalho entre burguesia e proletariado, por meio da ausência do Estado nessas relações e na esfera da proteção social, e a desarticulação dos trabalhadores por meio de projetos que incentivam a qualificação profissional como condição de contratação, sendo o desemprego justificado pela desqualificação dos sujeitos.

Vê-se, portanto, uma redução nas taxas de emprego do país e conseqüentemente a sua precarização, como por exemplo o processo de terceirização dos serviços públicos, além de mudanças na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

As medidas adotadas pelo Estado com a reforma não foram viáveis para o aumento do emprego e muito menos para gerar meios de retomar o desenvolvimento social e econômico no país. Segundo Behring (2003, p. 221), por meio de uma pesquisa do IBGE, “[...] entre os anos de 1995 e 1996 – auge do Plano Real – mais de 1 milhão de pessoas tornaram-se desocupadas”. Verifica-se uma generalização do desemprego e a guinada dos trabalhadores para o emprego informal, caracterizando-se assim uma precarização das condições e relações de trabalho por meio das terceirizações e demissões.

A reforma do Estado se concretizou pela introdução do processo de reestruturação produtiva no país transformando toda a estrutura das condições de trabalho ao cortar os postos de trabalho formal, ao aumentar o trabalho informal, e ao mexer nas leis trabalhistas, destruindo assim os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora no final da década anterior.

Desse modo, compreendemos que o Plano Real foi direcionado exatamente para a implantação do capital estrangeiro em todas as esferas produtivas do país. Como consequência, verifica-se uma dívida externa triplicar do ano de 1994 ao ano de 1997. Ainda para facilitar a sua circulação, foram realizadas alterações nas leis que regulam o mercado interno, além da ruptura com as empresas estatais que realizavam a exploração de petróleo, entregando-os as empresas privadas para a realização dessa tarefa. Com o processo de privatização em grande escala das empresas estatais vê-se a implantação de “[...] uma contra reforma do Estado no Brasil, de natureza destrutiva e regressiva, antinacional, antipopular e antidemocrática [...]”. (BEHRING, 2003, p. 234).

Com base nesse contexto, a tendência agora será o corte nos direitos sociais, “sob o argumento da crise fiscal, transformando as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias [...]” (BEHRING, 2003, p. 248). Vemos as contrarreformas relacionadas diretamente ao corte nos gastos da política de saúde, ao qual o Estado vê como uma ação necessária para tentar sair da crise fiscal que alastra o país.

Desse modo, são perceptíveis as diferenças analíticas e metodológicas entre os estudos de Bresser Pereira e Behring no que se refere às medidas tomadas pelos governos brasileiros após a onda neoliberal chegar ao país no final dos anos 1980 e, ter seu auge nos anos 1990. Enquanto Bresser Pereira (1996) defende reformas do Estado brasileiro com vistas à liberalização comercial, às privatizações e ao ajuste fiscal, Behring (2003) pontua contrarreformas aos governos que adotaram “medidas estruturais regressivas sobre os trabalhadores”.

Fica claro, quanto a análise das duas perspectivas (Bresser Pereira / Behring), que realmente se trata de contrarreformas “necessárias” apenas a obtenção dos superlucros do capital internacional no processo de manutenção da taxa de lucro com a crise estrutural do capital. Esse processo de contrarreformas é um fator importante para entendermos o processo de sucateamento dos serviços de saúde, que a partir das privatizações ocorridas em seu sistema, e da desresponsabilização por parte do Estado na garantia aos serviços de saúde pública, deixa de assistir a população usuária do serviço passando a responsabilidade bem como o financiamento para a iniciativa privada.

## **CAPÍTULO 02: A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: percurso inconcluso para a universalização**

Historicamente o setor de saúde no Brasil passa por mudanças determinantes principalmente a partir da década de 1970 que culminam na implantação de um sistema descentralizado e municipalizado, por meio da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Profissionais, gestores e movimentos sociais apresentaram a necessidade de superar o modelo assistencial (pautado na assistência médica individual privatista) por meio das forças do movimento de Reforma Sanitária, perpassando os mecanismos de controle social. O SUS que é garantido universalmente aos brasileiros vem sofrendo rebatimentos e sucateamento em seus serviços desde sua implementação até os dias atuais.

Com o processo de contrarreforma em andamento, vê-se a dualidade existente no atendimento aos serviços de saúde pós constituição. Analisaremos o setor saúde sob a perspectiva da relação entre público e privado. Nesse sentido, o Estado, instrumento da classe dominante, por intermédio da Constituição Federal de 1988 abre espaço no primeiro parágrafo do seu artigo 199º para “a participação da iniciativa privada na provisão de serviços de saúde, desde que de forma complementar” (ROMANO; SCATENA, 2013, p. 04). A partir disso cabe-nos explicar de forma objetiva as consequências dessa contrarreforma na Política de Saúde brasileira por meio do contexto inconcluso do sistema universal de saúde implementado ao final da década de 1980.

### **2.1 A construção do Sistema Único de Saúde e os caminhos da Reforma Sanitária pós-constituição de 1988**

Entre os anos de 1970 e 1980, iniciou-se um movimento em prol da criação de um sistema de saúde público e universal como um direito democrático de todo o cidadão brasileiro. Esse movimento foi composto principalmente de movimentos sociais que tinha como finalidade unir forças sociais em defesa de uma saúde pública e estatal, que contrariava a lógica da saúde de cunho privatista e filantrópico adotado pelos governos ditatoriais.

Com a mobilização de grupos da sociedade civil, esses movimentos tinham como objetivo estabelecer uma política de saúde pública, conforme abaixo:

Na esfera do Estado: a formulação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-saúde (1980), como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial de Saúde; e o II Plano Nacional de Desenvolvimento, em que é apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes;

Na esfera da Sociedade Civil: o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde concretiza o já referido deslocamento do princípio de participação comunitária para outro princípio de participação – o popular; e, também, a criação de instituições como o [...] – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979), que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde [...] (BRASIL, 2006, p. 39-40).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)<sup>15</sup> foi criado no ano de 1976 na 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência<sup>16</sup>, na Universidade de Brasília, que tinha como principal pauta o debate sobre a idealização/constituição de um sistema de saúde público (PAIM, 2008). Além disso, tinha por objetivo debater sobre a saúde no país em conjunto com as Organizações Sociais (OS's) e com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). O CEBES, enquanto espaço de discussão permanente do sistema de saúde e da implantação da Reforma Sanitária brasileira, fez uso da crescente ideia de democratizar “a saúde na construção de identidades, denunciando as iniquidades da organização econômico-social e as perversidades do sistema de prestação de serviços de Saúde privatizado” (PAIM, 2008, p. 79).

No ano de 1979, quando a ditadura militar já expressava sinais de esgotamento, foi realizado na Câmara dos Deputados o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde no qual o CEBES se opõe a política de saúde vigente que se encontrava, e propõem, pela primeira vez, por meio do documento “A Questão Democrática da Saúde”, a ideia de um Sistema Único de Saúde universal, em que toda a população tivesse acesso a serviços simples e até procedimentos complexos (BRASIL, 2006). Esse documento é considerado o ponto crucial na idealização/elaboração do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, pois agora não identificava-se mais como apenas uma reforma (no significado mais simples da palavra), mas sim de “um conjunto de proposições na organização de um sistema democrático na área da saúde” (PAIM, 2008, p. 81-82).

Assim, surge o movimento de Reforma Sanitária caracterizado como um “conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto”, [...] caracterizado em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais)” (CARVALHO, 1995 apud BRASIL, 2006, p. 41).

---

<sup>15</sup> Para saber mais sobre o CEBES, acesse: <<http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>>.

<sup>16</sup> Para saber mais sobre a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, acesse: <<http://portal.sbpnet.org.br/>>.

A Reforma Sanitária foi um projeto que levou a participação de sujeitos da sociedade com objetivo de realizar um processo de reforma na política de saúde até então assistencialista/privatista que se caracterizava de maneira ineficaz ao não responder às principais necessidades da população no âmbito da saúde. Tinha por objetivo integrar<sup>17</sup> a totalidade ao sistema de saúde público. Esta reforma:

[...] representa um *projeto de reforma social*, poder-se-ia considerar a hipótese de que ela foi concebida como *reforma geral*, tendo como horizonte utópico a *revolução do modo de vida*, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como *perspectiva* apenas uma *reforma parcial* (PAIM, 2008, p. 38, grifos originais).

A Reforma Sanitária foi considerada por seus atores como uma reforma nunca vista antes no setor da saúde, a qual deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) implantado no corpo da Constituição Federal brasileira em 1988. Apesar de ser a principal reivindicação do movimento da Reforma Sanitária nos anos 1970, a criação do SUS, como um meio universal de acesso à saúde, não foi considerado como apenas um meio da população ter ingresso à saúde, mas também como uma via que deu suporte às lutas do movimento sanitário para a melhoria das necessidades básicas da população, além de ser considerado como um meio de transformação crítica aos indivíduos que dela fizeram parte por intermédio da inserção de ideias socialistas e da teoria marxiana nos espaços de intervenção.

O movimento de Reforma Sanitária passou a incorporar o princípio da cidadania como um elemento importante, tornando visível e alcançável os direitos sociais (BRASIL, 2006), que mais à frente estariam previstos na Constituição Federal de 1988. Nesse processo, os indivíduos tiveram atuação direta nos debates realizados sobre a política de saúde, contribuindo com sugestões de melhoria da saúde referente ao acesso e a democratização, como também tiveram participação direta na tomada das decisões na elaboração do texto da política que por seguinte também iria incorporar a Carta Magna.

Na década de 1980, com o processo de redemocratização do Brasil, tivemos como questão fundamental a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em março de 1986. Essa teve intensa participação social e representativa de segmentos da população representadas por entidades da sociedade civil. Bravo (2007, p. 96) salienta que “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo,

---

<sup>17</sup> Para saber mais sobre a integralidade em saúde, consultar o site da Fundação FioCruz: <<https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>>.

propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”. Foi um importante marco na consagração da saúde como direito de todos e como dever do Estado.

A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com um número massivo de sujeitos sociais, chegando a mais de 4.000 pessoas, sendo destes 1.000 delegados. Essa Conferência, foi estruturada com base na discussão de

[...] três grandes temas, a saber: o conceito de saúde, articulado às condições de vida e na intersectorialidade com as demais políticas sociais; a criação do novo sistema de saúde, universal, descentralizado e integral e o financiamento desse sistema, para que ele não se constituísse em mais um “discurso de intenções” (TAVARES, 2009, p. 47).

Os debates realizados na VIII Conferência Nacional de Saúde deram respaldos para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, como um momento de transição para o Sistema Único de Saúde implementado no ano de 1988 no corpo da Carta Magna.

Uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal (CF) de 1988 foi a garantia dos direitos sociais assegurados ao tripé da Seguridade Social. Em seu texto constitucional, a CF/88 define Seguridade Social como “um conjunto integral de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos a saúde, a previdência e a assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2007, p. 52).

Essa conquista se deu por meio das lutas, pressões e reivindicações da classe trabalhadora e do movimento sindical que sinalizaram a necessidade de implementação de tais políticas sociais no período de redemocratização do país. Entre essas políticas, “[...] a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988” (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p. 221).

A CF/88 compreende a saúde como direito universal, sem nenhum critério de distinção entre os usuários dos serviços. Outro marco importante pautado na CF/88 foi a abertura de espaço para a população participar das decisões políticas por meio do controle social, como maneira democrática de gerir os serviços de saúde.

Para Correia (2002), o Controle Social pode ser tratado de duas maneiras: a primeira é aquela que trata do controle do Estado sobre a sociedade, e a segunda discorre a partir da inserção da sociedade na fiscalização das políticas implementadas pelo Estado. A concepção de controle social da sociedade sobre as ações do Estado está assim definida na PNAS:

[...] sua concepção advinda da Constituição Federal de 1988, enquanto instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão político-administrativa-financeira e técnico-operativa, com caráter democrático e descentralizado. Dentro desta lógica, o controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos balizados nos preceitos constitucionais. (PNAS, 2004, p. 34)

Nessa concepção, fica claro que a sociedade adquiriu possibilidades de fiscalizar as ações do Estado por meio de mecanismos que favorecem as classes subalternas. Essa concepção de controle social parte da perspectiva do Estado ampliado em contraposição ao Estado restrito (categorias do pensamento de Gramsci), ou seja, um Estado que atende contraditoriamente as duas classes existentes na sociedade. Sendo assim,

[...] estudar o Estado é estudar uma arena tensa e contraditória, na qual interesses e objetivos diversos e opostos se confrontam. No contexto capitalista, coexistem, nessa arena, interesses tanto dos representantes do capital, em se reproduzir e se ampliar, quanto dos trabalhadores, em partilhar da riqueza acumulada e influir no bloco no poder. Nesse sentido, o Estado representa mais que um conjunto de instituições com autoridade para tomar decisões, e com poder coercitivo, pois se configura também como uma relação de dominação, que deve ser controlada pela Sociedade. (PERREIRA, 2009, p. 10)

Nesse contexto surge a organização da sociedade civil na atuação da gestão das políticas públicas como novo conceito de controle social participando ativamente das decisões tomadas pelos órgãos gestores por meio dos conselhos, tendo em vista, atender as demandas das classes subalternas. Trata-se de um controle social que propicia a participação da sociedade nas decisões, formulações, fiscalização e na execução de programas e projetos.

Como descrito anteriormente, o Estado atende contraditoriamente as duas classes sociais existentes na sociedade capitalista, porém, isso não passa de um mecanismo de defesa para controlar as inquietações da classe trabalhadora, afinal, estamos tratando de um Estado necessário para a manutenção do capital.

Apesar do controle social ser uma conquista nos termos de participação da sociedade civil nas decisões tomadas pelos órgãos gestores do Estado na política de saúde, fica evidente que esse Estado busca ampliar medidas para a manutenção da burguesia, afinal, o capital vem a se reproduzir pelas vias do Estado por meio dos processos de contrarreformas voltadas a privatizações dos serviços de saúde, fazendo com que a lógica mercadológica prevaleça no auge, focalizando ainda mais os serviços oferecidos pelo SUS.

Mesmo nessa lógica mercadológica a política de saúde é integrante da gestão participativa e tem na sociedade civil organizada um instrumento de essencial importância, pois foi através das lutas travadas por esses atores que permitiu a promulgação da legislação que a

rege. “O Ministério da Saúde instituiu a gestão participativa como meio de efetiva participação da comunidade nas discussões das políticas de saúde” (SANTOS, 2009, p. 109).

A participação da população a partir dos conselhos e também nas conferências de saúde permite a continuidade dessa política e a efetivação dos seus direitos, contribuindo para a ampliação da cidadania e da democracia nos marcos da sociabilidade burguesa. No entanto, mesmo que essa ação seja uma condição indispensável, ela não garante uma prática efetiva, na medida em que corre-se o risco de cair na rotina de funcionamento e burocratização desses espaços, sendo necessária a criação de outros meios de participação além dos conselhos.

A saúde, por ter em seu arcabouço teórico os movimentos da Reforma Sanitária, é pioneira no processo de controle social por meio dos mecanismos de participação popular no processo de discussões acerca da “mudança no modelo ‘médico-assistencial privatista’ para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade” (CORREIA, 2007, p. 111-112).

Conforme afirmamos acima, em 1987 são criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) trazendo em seu corpo as seguintes diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; e implementação de distritos sanitários. Esse é um marco histórico no que se refere à saúde, pois, com a criação do SUDS inicia-se o repasse de recursos pelo Governo Federal para os estados e municípios com o intuito de que os mesmos ampliassem suas redes de atendimento. Esse momento já anunciava o processo de municipalização que viria a ser criado com a implantação do SUS.

O processo de municipalização compreende os municípios como encarregados de cuidar da saúde da população residente em seu território através da transferência das responsabilidades do Estado para os municípios, sendo crucial fazer o repasse dos recursos necessários para manter os serviços de saúde local. Esse processo permitiu a aproximação da comunidade dos serviços.

Como já citado, a Constituição Federal é implantada em 1988 com avanços em todos os segmentos da sociedade, incluindo a saúde. O texto constitucional sinaliza a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”, trazendo as ideias que vinham sendo debatidas pelos defensores do Movimento de Reforma Sanitária. Entretanto, não foram atendidas expressivamente todas as demandas, mas o que foi garantido considera-se um marco fundamental na política de saúde.

Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Com a criação do SUS, rompe-se a perspectiva de saúde apenas para os que contribuía e assegura-se a perspectiva universal. Em suas diretrizes, o SUS compreende um sistema de saúde

Formado por uma rede de serviços públicos e privados, descentralizada, com comando único em cada esfera de governo, regionalizada e hierarquizada, na qual o setor privado deve ter a participação complementar à do setor público, firmado por convênios e contratos, com prioridade de participação das instituições filantrópicas e sem fins lucrativos (TAVARES, 2009, p. 48)

Após a implantação do SUS, o sistema de atenção à saúde é dividido em redes às quais tem por objetivo prestar assistência necessária aos casos apresentados nos pontos de atendimento. Essas devem ser dispostas horizontalmente e verticalmente sendo assim definidas: Rede de Atenção Primária, Rede de Atenção Secundária, Rede de Atenção Terciária. Para a manutenção dessas redes, as responsabilidades devem ser construídas pelas três esferas. Essas podem ainda ser definidas como:

Rede Municipal - conjunto de estabelecimentos que se complementam horizontal e verticalmente no território do município; Rede Regional - conjunto de estabelecimentos que se complementam e se articulam horizontal e verticalmente numa determinada área geográfica para uma população adscrita com diversidade e densidade tecnológicas definidas de acordo com a escala e particularidades históricas e sócio-econômicas de cada região; e de Rede Estadual – integração complementar das redes regionais de forma vertical e horizontal no território do Estado (SERGIPE, 2011, p. 45).

Dessa forma, existe ainda outro tipo de subdivisão das redes, denominada pela forma de organização produtiva. Estão assim dispostas: Rede de Atenção à Saúde da Família ou Rede de Atenção Primária (REAP), Rede de Atenção Especializada (REAE), Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador (REAST), Rede de Atenção à Urgência e Emergência (REUE) e Rede de Atenção Psicossocial (REAPS). O conceito de rede deve levar em consideração o sistema de rede interfederativa de saúde, construindo um planejamento de maneira coletiva entre as três esferas de governo, possibilitando a garantia do acesso universal da população aos serviços de saúde.

No ano de 1993 foi criada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/93), que busca ampliar o compromisso da implantação do SUS, além de implantar estratégias na defesa da descentralização político-administrativa da saúde, bem como estabelecer o princípio da

municipalização como tinha sido discutida pelas forças da Reforma Sanitária. A descentralização político-administrativa no concernente a saúde corresponde a lógica da localidade, dando autonomia aos municípios para manter os serviços de saúde próximo dos seus usuários, e dos problemas que eles venham a ter com a saúde de acordo com as necessidades de cada região.

Em 1996 a NOB-SUS/93 é editada, dando espaço a uma nova Norma Operacional Básica do SUS, a NOB-SUS/96, representando de forma mais clara, o processo de descentralização e aproximando a população do modelo mais recente de atenção à saúde. Isso ocorre com a aceleração das transferências dos recursos que saem da união para os estados e municípios. No processo de implantação da NOB-SUS/96, destaca-se como reordenamento do modelo de atenção à saúde:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (BRASIL, 1996, p. 07).

Além dos avanços ancorados nessa NOB, nos deparamos ainda nesse período com a criação do cartão nacional de saúde, denominado cartão SUS, que Tavares (2009, p. 54) denomina de “instrumento de identificação dos usuários, vinculando-os a uma gestão (estadual ou municipal), e conseqüentemente como instrumento de responsabilização pela integralidade da atenção, mas agregando ao sistema nacional, o que garante atendimento em todo o território nacional”.

Apesar de todas as conquistas alcançadas com a CF/88, na década de 1990, o Estado passa por um processo de contrarreformas, evidenciado pelo surgimento do neoliberalismo que se contrapõe aos avanços conquistados recentemente por meio da Carta Magna colocando em cheque todos os direitos assegurados a população, (Cf. item 1.3). Entre esses direitos, encontra-se afetado, o setor da saúde que passa por contrarreformas significantes que mudam sua estrutura inicial defendidas pelas forças das reformas.

A própria Constituição Federal impõe brechas de alocação a essas contrarreformas, quando descreve em seu texto que no setor da saúde a iniciativa privada deve ter participação complementar nos serviços prestados pelo SUS.

É evidente que na atualidade, a participação do setor privado não é complementar, como descrito no texto constitucional, pois os convênios têm se apropriado de grande parte do espaço público no SUS em detrimento de benefícios próprios. O investimento público tem se voltado a iniciativa privada de maneira a fragmentar a atuação do SUS que se encontra com baixo investimento para manutenção de seu funcionamento “visto que, desde sua criação, o SUS tem abrigado também, contraditoriamente, uma lógica mercadológica, que inviabiliza seu caráter público e universal (MOURA, 2016, p. 95).

Desse modo, compreendemos que a proposta lançada pelos defensores da Reforma Sanitária tem sido desconstruída com o processo neoliberal que está tornado a política de saúde cada vez mais vinculada ao mercado. É perceptível que mesmo o SUS sendo o sistema público de saúde no Brasil, ele segue a lógica do mercado, pautada pelo seguimento da ofensiva neoliberal que a essa altura estava se instaurando no país.

Santos (2010) salienta que a rede de saúde expressa a espacialidade das relações sociais, sendo um espaço de conflitos pela disputa de poder, no qual se instaura a luta pelo controle político da saúde. Isso se reflete na operacionalização das leis que dispõem as ações de saúde. A gestão dessas relações sociais se dá pela intervenção do Estado que atua na manutenção da desigualdade e dependência, colaborando em transformar a saúde em um espaço de poderio político.

## **2.2. A relação entre público e privado na Política Saúde no Brasil**

O Estado é o instrumento que a classe dominante detém para manter a propriedade privada e a reprodução do capital na sociedade capitalista subjugando o seu poder sobre a classe trabalhadora (Cf. Item 1.1). Omena (2008, p. 30), com base em Minto (2005), assegura que o Estado foi estabelecido nas controvérsias “entre os interesses públicos e privados”, mas “não para resolver a ambos [...]”, e sim para reafirmar e resguardar os interesses privados. Nesse sentido, o objetivo deste item é analisar a relação existente entre os setores público e privado na política de saúde e os mecanismos utilizados pelo Estado para manutenção dos convênios e planos privados descaracterizando o SUS e mantendo o padrão mercadológico dos serviços.

É a partir do surgimento do Estado capitalista que Minto (2005) busca captar a lógica entre o público e privado. Para ele, o público não concerne à apenas a lógica da coletividade,

[...] de satisfação das necessidades de todos os seres humanos, de emancipação da humanidade - mas um "público" que já se constituiu a partir da contradição inerente ao modo de produção numa ordem consolidada e legitimada pelo Estado, a da apropriação privada dos produtos do trabalho ou separação entre os proprietários: dos meios de produção e da força de trabalho. Trata-se, assim, de uma derivação conceitual que o associa à ideia de governo de um país ou estado: o "poder público" (SANFELICE, 2003b apud MINTO, 2005, p. 41-42).

É por meio desse "poder público" que o modo de produção capitalista irá utilizá-lo como instrumento de reprodução do capital. Assim, para o capital, o poder público se torna um aparelho indispensável para o seu processo de acumulação.

Para alguns autores, o Estado burguês foi estabelecido na disputa entre as classes sociais, Omena (2008, p. 34-35) afirma que o mesmo “não é nem público, nem privado” e é exatamente por essa premissa que não pode ser conceituado como estatal, pois “não é um espaço vazio ou mesmo neutro, mas sim um espaço [...] que representa os interesses das classes fundamentais – classe subalterna, bem como os interesses privados mercantis da classe dominante”.

Percebe-se através da constituição sócio histórica do Estado brasileiro que o mesmo dá prioridade ao capital por meio de regalias de direitos e sua total liberdade no processo de acumulação com vistas ao seu desenvolvimento, deixando as políticas sociais em “segundo plano”.

Esse quadro é visto na inserção da iniciativa privada no processo de prestação de serviços tanto na saúde, quanto em todas as políticas sociais, com o objetivo de ampliar a acumulação do capital, configurando-se, portanto, uma das ações da contrarreforma brasileira com objetivo de minimizar a atuação do Estado no campo social (Cf. item 1.3). A transferência da prestação de serviços ao setor privado é vista como “[...] redução ou desmonte das políticas de proteção social, adoção de políticas centralizadas e focalizadas, na precarização dos serviços públicos; e principalmente na privatização da esfera estatal em nome da superação de visões do passado de um Estado assistencialista e paternalista” (OMENA, 2008, p. 63).

Vimos nesse processo de contrarreforma uma redefinição no processo de atuação do poder público por meio da privatização e focalização nos segmentos de assistência à saúde, educação, saneamento básico, etc., para a população.

O quadro é visto no governo Lula no processo de parcerias realizadas entre os setores público e privado, como uma das estratégias da contrarreforma do Estado, justamente com a finalidade de beneficiar a iniciativa capitalista levando à frente o processo iniciado por Collor no início dos anos 1990 e intensificado pelo antecessor de Lula, Fernando Henrique Cardoso.

O campo da saúde sempre foi um campo de disputa entre a iniciativa pública e privada que veio se intensificando ao passar dos anos e tornando-se institucionalizada. Como foi abordado no item 2.1, a classe trabalhadora defendeu um projeto de Reforma Sanitária que tem por objetivo a prevalência de um sistema de saúde gratuito e de qualidade financiado pelo Estado, em contrapartida ao projeto privatista, que defende um sistema de saúde privado.

Essa contrarreforma do Estado, ocorrida nos anos 90, introduz uma racionalização nos gastos públicos, modificando a estrutura das políticas sociais. Dentre essas políticas, se encontra o setor da saúde e a recente implantação do SUS. Com esse processo de contrarreforma, o Estado passa a aplicar medidas que impactam na oferta dos serviços de saúde, dando força ao processo de privatização (Cf. item 1.3).

As privatizações vêm ocorrendo em todos os setores da sociedade. Na saúde tem dado espaço a intensos debates acerca da relação entre setor público e privado. Esse debate já vem se configurando desde a escrita do texto Constitucional de 1988.

O setor privado tem capacidade financeira para modernizar seus equipamentos dando suporte aos serviços de saúde, com pressuposta qualidade e competência no atendimento, passando assim, a atuar em conjunto com o setor público. Entretanto, a lógica do setor privado é de ter a saúde na perspectiva mercadológica, uma vez que, o Estado não prioriza ofertar uma saúde de qualidade, o setor privado oferece serviços de saúde a partir da relação venda-compra.

As grandes empresas, por conseguirem gerir seus serviços com capital próprio, resolveram ter autonomia em relação ao Estado, para isso acabaram por romper contratos e convênios com o sistema público de saúde, em especial na década de 90. Com a retirada dessas empresas dos contratos efetivados, ficaram vinculada ao SUS as empresas de pequeno porte que não estavam modernizadas tecnologicamente (BODSTEIN; SOUZA, 2003).

As grandes empresas tiveram motivações lucrativas para se distanciarem do SUS, entre elas os baixos salários oferecidos pelo Estado ao sistema público e os investimentos do seguro-saúde (planos de saúde), proporcionado pela medicina de grupo. Trata-se de um setor privado que denomina-se de autônomo, pois não utiliza-se diretamente dos recursos do Estado para sua manutenção. A saúde pública é um espaço de disputa de poder onde os grupos de iniciativa privada autônoma, posicionam-se contra, utilizando-se do discurso de desqualificação dos serviços ofertados e do modelo ineficiente e gerencial do Estado com as redes de atenção à saúde, como forma de resposta a fragilidade que o sistema causou aos seus interesses.

São vários fatores que compõem a crescente aceleração do setor de saúde privada, entre eles o já abordado discurso da ineficiência nos serviços do SUS que ocorrem por falta de

investimento público aplicado na manutenção dos serviços. Outro fator preponderante no processo de migração de usuários da assistência à saúde pública para a assistência privada são os planos de saúde que “passam a fazer parte da demanda social e das aspirações dos mais diversos segmentos da sociedade brasileira, independentemente da adequação, extensão ou até mesmo da qualidade do serviço prestado” (BODSTEIN; SOUZA, 2003, p. 296).

As pessoas passam a ser dependentes dos planos de saúde, mesmo quando esses tratam-se de um sistema precário de saúde, onde observa-se filas de espera, falha no atendimento, entre outros fatores que culminam na ineficiência dos serviços. Ou seja, a precarização no atendimento às demandas da população em relação à saúde atinge tanto a pública quanto a privada. Os planos de saúde, no fim dos anos 1980, já estavam engendrados na “agenda de negociação dos sindicatos de operários e na pauta de reivindicação dos trabalhadores mais bem organizados” (BODSTEIN; SOUZA, 2003, p. 296).

Apesar de alguns planos de saúde serem tão precários quanto o SUS, é sobre a lógica desde último que se assentam as discussões de uma desassistência por falta de médicos especialistas, de equipamentos para os atendimentos necessários, filas de espera excessivas, falta de atenção às necessidades sociais e individuais voltadas à saúde. Nesse sentido, a visão comum é que o setor privado responde com eficiência a esses fatores, no entanto, de que eficiência estamos falando? De uma eficiência sem humanização, pautada no ideário da lógica do mercado capitalista.

Quando falamos em planos de saúde, estamos nos referindo ao setor privado autônomo. Esse setor é visto aos olhos imaginários da sociedade “como referência assistencial de melhor qualidade frente aos riscos de agravos à saúde” (BODSTEIN; SOUZA, 2003, p. 296). Claro que esse olhar para os planos de saúde tem a intervenção da mídia (além da falta de credibilidade do Estado em ofertar serviços) que os colocam como o mais eficaz no cuidado a saúde, não validando as questões de desassistência que é provada por intermédio das ações judiciais contra a saúde privada objetivando reparo aos usuários pela falta de atendimento ou precarização nos serviços ofertados por esse setor.

Destacamos, em partes, uma melhor atenção à saúde nos postos de atendimento privado do que na saúde pública, mas, a crítica é a centralidade da saúde enquanto mercadoria na sociedade, um setor que se preocupa unicamente com o lucro exacerbado, deixando de lado a totalidade do indivíduo que se encontra no processo saúde-doença, o que não deve (ou pelo menos não deveria) ocorrer no sistema público de saúde, que visa atender os usuários, segundo a Constituição Federal de 1988, sob o percurso do processo de humanização do atendimento.

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização (PNH), objetivando melhoria no atendimento com a promoção de um atendimento humanizado e ético:

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo. A Política Nacional de Humanização não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária. (CFESS, 2010, p. 52)

Outro ponto que deve ser destacado é a falta de acesso da população mais vulnerável aos serviços privados, o que propicia um sentimento de exclusão social a esses indivíduos com relação as modernidades tecnológicas oferecidas pela assistência à saúde privada, ao qual destaca que “as campanhas publicitárias dão ênfase exatamente a estes dois pontos: 1) facilidade e comodidade no acesso aos serviços e 2) disponibilidade/acessibilidade aos mais modernos equipamentos de diagnóstico e terapia” (BODSTEIN; SOUZA, 2003, p. 296-297).

Levando em consideração os fatores judiciais voltados a falta de atenção dos planos de saúde, surgem apontamentos para a necessidade da intervenção do Estado nas estruturas reguladoras do setor privado de saúde, sendo assim:

após inúmeros conflitos e impasses no âmbito legislativo, foi promulgada, em junho de 1998, a lei que regulamenta este mercado, estabelecendo parâmetros básicos para a prestação de serviços de saúde, ampliando cobertura e direitos, incluindo doenças antes não assistidas e regras para o cumprimento de carências, entre outras providências (BODSTEIN; SOUZA, 2003, p. 297).

Apesar das leis serem um mecanismo de controle do Estado sobre a sociedade, a lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, exigida pela população usuária dos serviços como forma de regulação do Estado, passa a regular os planos e seguros privados de assistência à saúde amenizando o processo de barbárie do mercado privado, na qual, as empresas médicas passam a assumir os cuidados e tratamento das doenças crônicas e procedimentos de média e alta complexidade que até então eram responsabilidade unicamente da saúde pública por se tratarem de procedimentos de alto valor aquisitivo, ao qual, os planos não cobriam financeiramente.

É fundamental observar que, a lógica do Estado pauta-se na questão de incentivos ao bom funcionamento do setor privado, fazendo com que ele se amplie e ganhe cada vez mais força na sociedade.

Não podemos perder de vista outro tipo de saúde privada que difere da saúde privada autônoma. Nesse caso, estamos nos referindo a saúde tratada pelas cooperativas médicas, as

quais dependem do Estado para sua manutenção, pois, tem seus serviços prestados ao SUS por meio de convênios com instituições de saúde pública. Destaca-se que essas entidades prestam serviços não apenas ao setor público por meio dos convênios, mas também, ao setor privado para obter maior lucro.

Com a constituição do sistema descentralizado e municipalizado do SUS abordado no item 2.1, a política setorial ganha novos atores, principalmente na esfera municipal dando força para a reorganização do setor privado que apoia-se na iniciativa de transferência das responsabilidades e recursos da gestão federal para a gestão dos estados e municípios, utilizando o espaço da saúde como espaço de disputa política e de interesses.

Esse processo é impulsionado pela nova distribuição de responsabilidades no interior da política de saúde com ênfase na ação municipal. É exatamente diante da precariedade da oferta de serviços públicos e da fragilidade da organização administrativa da esfera municipal, frente à precariedade dos investimentos na saúde, que as cooperativas se fortalecem. Os profissionais cooperados representam para alguns municípios e sistemas locais um suporte importante para o funcionamento dos serviços e da atenção à saúde, notadamente nas áreas onde o poder público, por diversos motivos, não consegue atrair ou fixar o profissional de saúde (BODSTEIN; SOUZA, 2003, p. 299).

O processo crescente de privatizações nos serviços de saúde é uma consequência nunca imaginada pelo movimento da Reforma Sanitária, porém, é claramente visível a brecha que o Estado deixa na Constituição Federal para a efetiva expansão da iniciativa privada quando afirma que o SUS deve prever em sua regulamentação o complemento do setor privado na prestação dos serviços.

A relação público/privado na saúde vem sendo notadamente forte ao passo que os convênios entre planos de saúde, hospitais e unidades públicas de atendimento são estabelecidos. São parcerias que foram se estabelecendo aos poucos, iniciando, principalmente com os hospitais universitários, depois partindo a hospitais de serviço especializado, que vieram crescendo de maneira a atuar em toda a rede de atenção à saúde.

Na atual conjuntura, nota-se a inversão do que está previsto no texto constitucional, ao qual regulamenta o setor privado como complementar do setor público, obtendo o convênio entre esses apenas quando os recursos próprios destinados a saúde pública não suprirem as necessidades dos usuários. Só nesse caso seria necessário uma aliança entre os dois setores, porém, obedecendo a lógica de que o setor privado deveria estabelecer uma relação de submissão aos princípios do SUS, o que não acontece.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi debatido que “o setor privado estaria subordinado ao setor público, isto é, ao papel diretivo do Estado, podendo ser desapropriado caso não cumpra aos requisitos preestabelecidos pelo setor público” (MOURA, 2016, p. 87). Essa perspectiva do projeto de Reforma Sanitária torna-se inversa com o avanço cada vez mais brutal das ações de ajuste neoliberal, onde, o Estado, ao invés de controlar o convênio privado, vêm a fortalecê-lo, por meio de mecanismos de compra e venda dos seus serviços, “tornando esses convênios em estratégias de captura do dinheiro público” (MOURA, 2016, p. 87). Isso ocorre porque os convênios têm se apropriado de um espaço significativo na saúde pública, deixando de ser complementar e passando a ser predominante no setor. Nesse sentido,

o estímulo a ampliação da lógica mercantil na saúde e ao repasse de recursos públicos para entidades privadas também tem se dado dentro do SUS, por meio dos denominados “novos” modelo de gestão. Este caso contraria, não só os princípios de Reforma Sanitária, mas também a Constituição de 1988, pois não se tratam de serviços privados complementares, mas da terceirização dos serviços de saúde, por intermédio do repasse de recursos financeiros, pessoal, equipamento e patrimônio público, para entidades privadas. Desse modo, o Estado deixa de ser executor de serviços essenciais como os de saúde, repassando para o setor privado, dito, sem fins lucrativos. (CORREIA, 2015 apud MOURA, 2016, p. 88).

No tocante aos convênios firmados entre o setor público e o privado, notamos a crescente irresponsabilidade no atendimento por meio de equívocos no resultado de diagnósticos, falha no acolhimento dos usuários, e na escuta qualificada que é a porta de entrada para garantia de um atendimento qualificado, reforçando a ideia da precarização do serviço privado no cotidiano dos usuários e dos trabalhadores que vendem sua força de trabalho as empresas terceirizadas. Desse modo, o sistema público torna-se cada vez mais fragilizado.

Segundo Moura (2016), a relação público/privado do setor da saúde é evidenciado já no início da década de 1990 com o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que defendia a necessidade de uma reforma do Estado brasileiro, ao qual soma-se a sua gestão o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) que transfere a responsabilidade do Estado na execução das políticas públicas para o setor privado, denominado de público não-estatal (Cf. item 1.3).

Além desse plano, FHC, criou as Organizações Sociais (OS's) por meio da Lei nº 9.637/98 que entre suas ações direciona a saúde para a iniciativa privada sem fins lucrativos, destacado em seu Art. 1º: “O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde [...]” (BRASIL, 1998, s. p).

A Organização Social é uma corporação privada sem fins lucrativos que recebe uma qualificação da administração pública, favorecendo-as ao direito de receber benefícios fiscais do poder público, a exemplo do orçamento e das isenções fiscais para sua manutenção. Além dessa Lei, FHC criou, ainda em seu mandato, a Lei de nº 9.790/99 que trata da “qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)” (BRASIL, 1999, s. p), a qual dispõe em seu Art. 1º:

Podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 (três) anos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei (BRASIL, 1999, s. p).

As OSCIP’s podem ser denominadas como uma nova lei que representa o terceiro setor e culminará na disseminação óbvia da relação entre sociedade civil e Estado, como mais uma maneira de reformar a ordem social brasileira na política de saúde por meio de um marco legal dando visibilidade e força ao crescimento do terceiro setor.

Essas leis foram criadas com o único propósito de retirar investimento da saúde pública e crescer a saúde privada. Ambas estão em vigor até o presente momento, atuando em toda a Rede de Atenção à Saúde, utilizando-se dessa política setorial como espaço lucrativo voltado aos interesses do capital.

A lógica das privatizações é mantida com os governos posteriores de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff no decorrer dos anos 2000. O governo petista de Lula, implementou a Lei complementar de nº 92/2007, a qual dispõe em seu Art. 1º que “poderá [...] ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado” (BRASIL, 2007, s. p). O artigo 1º dessa lei estabelece como já situado a implementação de Fundações Estatais de Direito Privado (FEDEP’s) com objetivo de gerenciar os serviços nos mais determinados seguimentos da sociedade, entre eles, o setor da saúde, atuando em consonância com as OS’s e OSCIP’s.

Com a atuação de Dilma Rousseff na presidência, esse quadro não se reverteu, pelo contrário, o processo de privatização na saúde ganha ainda mais força em seu governo com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no ano de 2011. A EBSERH foi criada pela Lei de nº 12.550/11, a qual atua sobre a administração dos Hospitais Universitários (HUF’s) na lógica das privatizações, que será abordado adiante no capítulo 3.

Outro ponto crucial é o aumento no número de Organizações Não Governamentais (ONG's) que estão crescendo gradativamente no decorrer dos anos. O atendimento voltado ao terceiro setor filantrópico tem causado fragilidade na política pública de saúde e na própria Seguridade Social “evidenciando as formas precárias de trabalho, com um discurso envolvente de solidariedade, de serviço voluntário não remunerado e da supremacia do bem comum” (MOURA, 2016, p. 94).

Portanto, o que se constata é que a lógica privatizante tem tomado conta dos serviços de saúde brasileiro, conforme aponta Moura (2016, p. 94):

A saúde tem sido apreendida pela iniciativa privada de modo crescente e ampliado, fazendo com que os serviços de saúde [...] sejam capturados pela lógica privatizante, propondo-se a “resolver” os problemas enfrentados pelo SUS. Passa-se uma falsa ideia que o problema enfrentado pelo SUS está centrado em seu modelo de gestão que não condiz para o bom funcionamento deste. Contudo, os dilemas enfrentados pelo SUS, encontra-se na não viabilização dos meios necessários ao seu pleno funcionamento.

Os verdadeiros problemas a serem enfrentados na saúde pública não encontram-se no modelo de gestão do SUS, e sim na primazia dos investimentos nos interesses do mercado para os cuidados de saúde da população, que apropria-se dos recursos tornando-os insuficientes na aplicação da saúde pública.

## **CAPÍTULO 03: A DEFESA DO SUS PÚBLICO PELA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA: análise da atuação da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde**

Desde a década de 1990, a esfera da saúde vem sendo disputada por dois projetos: o primeiro é baseado nos princípios da saúde universal, gratuita e de qualidade, e o segundo refere-se a saúde como uma mercadoria, a qual é vendida para aumentar a rentabilidade do capital. Neste capítulo, pretende-se apresentar como estão sendo articuladas as lutas contra o processo de privatização da saúde através da atuação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS). A construção do corpo argumentativo deste capítulo se dará a partir das produções da FNCPS através dos artigos científicos publicados pelo movimento, dos manifestos e cadernos informativos, das principais pautas dos abaixo assinados contra a privatização do SUS, bem como as notas informativas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

No âmbito das contrarreformas, destaca-se aquelas vinculadas a política de saúde, particularizando aquela que vem sendo uma das principais bandeiras de luta da FNCPS que está ganhando grandes proporções no decorrer dos anos. Trata-se da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que vem se fortalecendo no processo de atuação quando recebe a transferência das responsabilidades, bem como, dos recursos destinados à sua atuação mediante a absorção do gerenciamento dos Hospitais Universitários Federais (HUF's), processo que implica na privatização tanto da saúde quanto da educação superior.

### **3.1 Manifestos e cadernos informativos contra a privatização da saúde**

Desde o início do processo de redemocratização do país entre os anos 1970 e 1980, os governos brasileiros adotaram medidas neoliberais que resultaram no processo de contrarreforma do Estado brasileiro (Cf. item 1.3). O desenvolvimento gradativo da contrarreforma adotada pelo Estado causou um grande impacto no processo de deterioração dos serviços de saúde realizada por meio das privatizações no conjunto “saúde” com objetivo de extinguir a condição de uma política universal (Cf. item 2.2).

Nos governos neoliberais, a Política de Saúde foi levada a uma condição de descentralização, focalização e precarização do seu sistema público. O Estado intencionalmente limitado, desresponsabilizou-se da execução não só da Política de Saúde, mas de todas as políticas sociais implantadas na Carta Magna, sendo atribuídas ao “cuidado” do setor privado. Assim, segundo Bravo e Correia (2012, p. 138-139),

conforme a estimativa da Organização Panamericana de Saúde, em 2004 (OPS, 2008) o gasto total em saúde do Brasil correspondia a 7,9 do PIB, sendo que o gasto privado era de 51,9% do total. Os recursos públicos da saúde são alocados na rede privada, por meio de convênios/compra de serviços privados e pelo repasse da gestão do SUS para entidades privadas, através dos “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), Fundações Estatais de Direito Privado (Fedps) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), além do incremento das parcerias público privadas (PPPs).

Isso significa a privatização dos bens e serviços da saúde pública em favor do capital ao passo que o Estado renuncia a pôr em prática o conjunto de serviços públicos dando espaço para a iniciativa privada a executá-los.

Em contrapartida a esse processo de contrarreforma no campo da saúde, diversos movimentos sociais têm se articulado na defesa da saúde pública e universal gerida pelo Estado e reafirmando os princípios da Reforma Sanitária (Cf. item 2.1), bem como na luta contra a privatização da Política de Saúde. Um deles é a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS).

Criada em 2010, é composta por várias entidades - dentre elas, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), entre outras -, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários (FNCPS, 2011). As lutas da FNCPS são travadas em contrapartida ao modelo de gerência da saúde baseado na iniciativa privada, e visam o padrão de saúde adotado pelo Movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980.

A FNCPS foi criada por meio da articulação das organizações nos fóruns de saúde de quatro estados: Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e o município de Londrina. Mais recentemente fundaram fóruns em outros estados e municípios do país (totalizando 20 fóruns), que servem como base para a classe trabalhadora (os usuários do sistema de saúde público), intelectuais, estudantes universitários e movimentos sociais que unem-se em prol das lutas que foram e serão travadas contra a privatização da saúde e a favor do SUS como um conjunto integrado de saúde pública.

FIGURA 01: Fóruns participantes da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde



Fonte: <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>

Segundo a FNCPS (2011, p. 05), “a perspectiva é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando e aprofundando-as em nível nacional”. Em sua página da internet<sup>18</sup>, a FNCPS possui diversos cadernos informativos sobre o processo de privatização da saúde, bem como a crítica ao modelo privatista. Além dos cadernos, possui também diversos manifestos das entidades que compõem a FNCPS sobre a mesma temática e abaixo assinados com o intuito de barrar essa onda de privatização.

Percebemos que nos materiais da FNCPS as organizações defendem a Política de Saúde e o SUS como um sistema público, estatal, universal e de qualidade com base nos seguintes argumentos:

- 1- **Determinação social do processo de saúde e doença:** Aponta-se a necessidade de resgatar o conceito de determinação social do processo de saúde e doença tal como o Movimento de Reforma Sanitária. Isto vai implicar em inserir a

<sup>18</sup> <http://www.contraprivatizacao.com.br/>

saúde no **contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades** sociais, com prospecção socialista, sem perder de vistas as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

2- **Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços da saúde:** [...] necessidade de mais recursos para a ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo.

3- **Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda média e alta complexidade:** Defende-se o modelo assistencial previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo, centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos [...].

4- **Política de Valorização do Trabalhador da Saúde:** Importância das lutas contra retrocessos nas conquistas dos trabalhadores da saúde (salários justos com isonomia, estabilidade, vínculos sem precarização, condições de trabalho, jornada não exaustiva, vínculo único). **A luta por saúde significa lutar por condições dignas de trabalho.**

5- **Efetivação do Controle Social:** Têm-se [...] o desafio de tornar os espaços institucionais de controle social para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde estatal (FNCPS, 2011, p. 6-7-8-9-10, grifos originais).

A partir desse cenário adotado pela FNCPS, as lutas estão sendo articuladas com o objetivo de barrar o processo de privatização da saúde pública em todos os estados e municípios brasileiros, juntamente com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunal de Contas da União e Tribunais de Conta dos estados (BRAVO; CORREIA, 2012). Percebe-se que os princípios adotados pela FNCPS vão ao encontro a lógica mercantilista da Política de Saúde, o que acaba sendo uma correlação de forças enorme, principalmente, com o Estado, que cumpre a função social de assegurar a acumulação de capital, inclusive com a privatização dos serviços de saúde.

Em sua maioria a população desconhece o processo de privatização da saúde. Através da ideologia dominante, a classe burguesa, através do Estado e da mídia, alega que o SUS é um sistema ineficiente, justificando a “necessidade” de privatizá-lo. O Estado dá prioridades ao repasse dos recursos públicos para o setor privado por meio dos convênios entre os planos de saúde, hospitais e unidades públicas de atendimento à população, deixando apenas um sub financiamento ao SUS (Cf. item 2.2).

Ao fazer um repasse mínimo para o sistema de saúde público - comparado ao que é transferido ao setor privado da saúde, o Estado gera um processo de sucateamento do sistema público, deixando-o intencionalmente sem condições básicas para realizar atendimentos aos usuários do sistema, exatamente pelo déficit no corpo de funcionários, em equipamentos e toda a infraestrutura de hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde. Todo esse cenário gera problemas na garantia do atendimento das demandas postas pelos usuários, não garantindo o

que preconiza a CF/88; além disso, a falta de recursos do Orçamento Público destinado a saúde acarreta no processo de precarização do trabalho (FNCPS, s. a).

É exatamente por todos esses motivos que “[...] o modelo de gestão do SUS é apresentado como o ‘vilão’, como o problema a ser solucionado por meio da sua ‘modernização’, em que a gestão por entidades privadas seria a saída” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 143).

Para a população trabalhadora fica a análise aparente do fenômeno e acaba apoiando, em alguns casos, a necessidade do projeto privatista por ser até então mais “eficiente” e por ter boas condições de atendimento comparado ao sistema público.

Assim, há uma necessidade da visibilidade e da discussão sobre a privatização da Política de Saúde em âmbito nacional, estadual e municipal, e a sinalização do “quanto de prejuízo esse processo tem trazido aos trabalhadores e os usuários do SUS” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 142). Nesse sentido, compreendemos que a FNCPS cumpre um papel importante na sociedade contra as investidas neoliberais na saúde. Além disso, a FNCPS está engajada na produção de panfletos e diversos materiais sobre a temática na intenção de conscientizar esses sujeitos sociais.

Essa discussão está sendo pouco a pouco realizada também nos Fóruns de Saúde em todos os estados do país, por meio de debates, cursos e pesquisas sobre o tema da privatização.

No mesmo ano em que foi fundada a FNCPS, isto é, em 2010, as entidades que a compõem produziram um documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que Sustentem as Organizações Sociais no Brasil” a qual foi entregue à bancada do Supremo Tribunal Federal (STF), e que traz em seu texto o prejuízo causado pelas Organizações Sociais na gestão da Política de Saúde brasileira.

A FNCPS recupera as bases do Movimento de Reforma Sanitária de 1980 como principais bandeiras de luta contra a concepção da saúde como mercadoria. Essas premissas foram reafirmadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília-DF, em 2011.

Bravo e Correia (2012) apontam explicitamente a disputa entre os dois setores (público e privado) na conferência, como também uma tentativa de desmobilizar os ganhos da FNCPS, por parte do setor privado, rumo a luta pela garantia de um SUS público, estatal e de qualidade:

Na Plenária Final dessa conferência, houve por parte das forças aliadas ao Ministério da Saúde uma manobra na tentativa de não dar visibilidade à sociedade às importantes propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde contra todas as formas de privatização contempladas no relatório final. A forma encontrada para despolitizar a Conferência e omitir a grande vitória contra a privatização foi a aprovação de uma “Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde”, que contempla as demandas

importantes, mas omite o posicionamento do Brasil contra os “novos” modelos de gestão privatizantes. É esta carta que está sendo divulgada na página do Conselho Nacional de Saúde e na mídia em geral, e não o Relatório Final que respeita e contempla todo o processo democrático [...]. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 144)

As conquistas alcançadas pela Frente referem-se à reprovação, por parte dos delegados, dos modelos de privatização apresentados na Conferência: as OS's, as OSCIPS, a EBSEH e as PPP's. Vale ressaltar que, mesmo o setor público tendo ganhado espaço nessa Conferência, o setor privado reinventou mecanismos de aderir os modelos de privatização na gestão da saúde brasileira.

Desse modo, não se trata apenas de lutar para a não adesão a esses modelos, mas lutar também pela continuidade dos direitos conquistados com o Movimento de Reforma Sanitária e com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Assim,

A questão principal da Frente e dos fóruns é a defesa intransigente do caráter público estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços. O caminho estratégico é conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor público de saúde [...]. É necessário resistir e inibir os interesses do capital no bojo do SUS, interesses que o desmontam [...]. Barrar a implantação dos “novos” modelos de gestão é um caminho estratégico para evitar a destruição do SUS, patrimônio do povo brasileiro. A Frente concebe a efetivação do SUS como parte de um projeto de sociedade em que todos tenham igualmente condições de vida digna, dentro do entendimento do conceito amplo de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 146).

Para que isso ocorra, é preciso que o trabalhador se torne o personagem principal na luta cotidiana contra a hegemonia do capital, contra a desigualdade social existente no nosso país, e, principalmente, estar a favor de um sistema de saúde, público, estatal, universal e de qualidade.

Chamamos atenção não somente ao agravo ocorrido com a inserção da EBSEH no governo Dilma Rousseff em 2011, mas principalmente ao grande desmonte da saúde pública, em 2016, por parte do governo de Michel Temer na abertura de discussão sobre uma “flexibilização” dos planos de saúde ao torná-los mais acessíveis por meio da Portaria de nº 1.482 destinada a esse fim. Assim, a versatilidade dos

[...] planos ditos “populares” ou “acessíveis” representam a possibilidade de rentabilidade para o setor privado e um prejuízo incalculável no campo do direito à saúde. Os efeitos do avanço dessa proposta são nefastos para trabalhadores e trabalhadoras que, na prática, irão pagar por planos reduzidos em valor e também em cobertura, criando um fundo justificado pela falácia de que ele só será utilizado caso a pessoa adoeça. Simplesmente não terá acesso. (CFESS, 2017, s. p.)

Além dessa portaria, a FNCPS cita em uma nota lançada à 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2015, sobre as diversas leis, decretos e emendas constitucionais que reafirmam a instauração do capital ao setor público de saúde sendo permitida pelo Estado brasileiro.

A nota da FNCPS aponta a atenção básica do sistema de saúde público o ponto de partida para a transformação da política de saúde na consolidação de um sistema escrito nas linhas da Constituição Federal de 1988, mas que nunca foi posto em prática tal como está redigido na Carta Magna.

Para alcançarmos o sistema de saúde tão desejado pela classe trabalhadora é preciso substituir a gestão da rede privada dos serviços de saúde por serviços exclusivamente geridos pelo próprio Estado por intermédio exclusivo da atuação direta dos trabalhadores e os usuários na saúde pública (FNCPS, 2015). Somente assim, iremos consolidar o Sistema Único de Saúde almejado pela classe trabalhadora: um SUS público, universal, 100% estatal, integral, descentralizado, de qualidade e que esteja estruturado no controle social.

### 3.2 Principais pautas dos abaixo assinados contra a privatização do SUS

Destacaremos abaixo, as principais pautas de discussão da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde que serão descritas por intermédio de um quadro informativo contendo as pautas dos abaixo-assinados que contemplam o debate de cada luta travada pela Frente Nacional.

TABELA 01: Principais pautas dos abaixo assinados da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde

Nº DE ORDEM	PAUTAS
01	Abaixo-assinado pela Procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98, contra a Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OS's).
02	Abaixo-assinado contra a implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários (HU's) do Brasil.
03	Abaixo-assinado Contra a demolição do Hospital Central do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ).
04	Abaixo-assinado contra o exame de ordem do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP): "O exame de ordem não melhorará a Educação Médica e a qualidade de saúde do país".
05	Nota de Repúdio ao Programa Nacional de Proteção aos Defensores de Direitos Humanos

06	Abaixo-assinado Contra a Privatização dos Serviços Públicos e Implementação das OS's em Niterói/RJ
07	Petição: Pela retirada imediata da denúncia do MP aos 72 estudantes da USP por formação de quadrilha
08	Manifesto em Defesa da Liberdade de Expressão: Solidariedade ao Prof. Ricardo Antunes
09	Todo Apoio a Bia Abramides - Contra perseguição política na PUC-SP
10	"O prédio da Av. Paulo Frontin 670 é nosso ou devolvam os que são nossos" (Cap-UERJ)
11	Contra a privatização do SUS, por investigações e providências contra os desvios das verbas do Sistema Único de Saúde e contra a criação da Empresa Rio Saúde S/A
12	Manifestar-se não é crime! - Petição da Avaaz com apoio da ABRASCO
13	Ministério da Saúde; Governo Federal e Direção do Instituto Nacional de Câncer (INCA): Contra a privatização do INCA - Não façam a Empresa Pública!
14	Presidente da CAPES, Jorge Guimarães: Em defesa da liberdade acadêmica e das ciências humanas e sociais
15	Associação de Funcionários do INCA (AFINCA): Pela retirada imediata dos processos contra a ativista Tatianny Araújo
16	Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro - SEEDUC: movimento, já, Mônica Lima às suas escolas prisionais
17	Presidência da República e Ministério da Saúde: cancelem a permissão para pulverização aérea de agrotóxicos nas cidades
18	Apoio à Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, superintendente do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, e à Autonomia Universitária.

Ao total, no site da FNCPS encontramos 18 abaixo-assinados que contemplam as principais pautas: A não implantação das OS's; a não implementação da EBSEH nos HUF's; a favor da liberdade de expressão; defesa da liberdade acadêmica e das ciências humanas e sociais.

O primeiro e o sexto abaixo-assinados são referentes as OS's. O primeiro trata de coletas de assinatura para uma carta enviada aos Ministérios do Supremo Tribunal Federal (STF) e de um abaixo-assinado pedindo a procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98, contra a Lei 9.637/98 que cria as Organizações.

A solicitação de procedência da ADI parte dos sindicatos, movimentos sociais, professores, trabalhadores públicos, estudantes, e demais movimentos das áreas sociais que vem por meio da carta expressar sua indignação com a criação da lei que terceiriza os serviços, implicando na desresponsabilização do Estado e no asseguramento dos direitos sociais. As OS's abrem, ainda, espaço para flexibilização e precarização do trabalho com a eliminação dos concursos públicos. O sexto abaixo-assinado luta contra a implementação das OS's e a

privatização dos serviços públicos em unidades de saúde que estão ocorrendo na cidade de Niterói via prefeitura e no Estado do Rio de Janeiro por intermédio do governo, trazendo todos os agravos que uma OS pode causar, como já citado acima.

O segundo e o décimo oitavo tem o propósito de lutar contra a implantação da EBSEH. O primeiro intitulado “EBSEH não!! – manifestação contra a transferência dos Hospitais Universitários (HUs) à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares” foi um mecanismo criado pela FNCPS para dizer não a essa empresa que é uma ofensa ao ensino público federal vinculado aos HUs, implicando na autonomia universitária, nas pesquisas realizadas dentro dos hospitais e nos vínculos de trabalho por meio de concurso público que vem gerando insegurança aos funcionários com a intensificação da precarização do trabalho. O número dezoito argumenta que a EBSEH fere a autonomia universitária dentro do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes não deixando a empresa retirar esse hospital do gerenciamento da UFAL.

Os abaixo-assinados oitavo, nono, décimo segundo, décimo quarto e décimo quinto tratam da liberdade de expressão que vem sendo reprimida pelos mecanismos do Estado. O oitavo está relacionado a repressão que o professor Ricardo Antunes sofreu com um pronunciamento no programa Roda Viva. Sua fala foi relacionada a greve dos professores realizada nas universidades federais, na qual ele expressava que a Federação de Sindicatos de Professores e Professoras de Instituições Federais de Ensino Superior (PROIFES) não fala pelo conjunto dos professores. Essa fala fez com que a entidade agisse judicialmente contra seu pronunciamento, o que inibe a liberdade de expressão dos cidadãos. Esse ato torna-se ainda mais grave quando efetivado por um sindicato, entidade que passou por um enorme número de repressões judiciais em sua construção histórica.

Passando ao próximo abaixo-assinado, que também é relacionado a liberdade expressão, trata-se de perseguição política da PUC - São Paulo contra a professora Bia Abramides por participar das manifestações juntamente com os estudantes. Após o ato, a professora recebeu uma carta da reitoria comunicando que foi aberto um processo administrativo contra ela por desrespeito aos seus superiores hierárquicos e por estar contribuindo e influenciando a indisciplina dos estudantes.

Dando sequência, o próximo abaixo-assinado denominado “pelo fim do AI-5 da copa” está relacionado com o PL que proíbe as greves durante o período da copa, ao qual a FNCPS demonstra total repúdio por tentar impedir o direito de se manifestar, colocando o ato de manifestar-se como crime de terrorismo.

O décimo quarto remete ao edital 071/2013 Procad da CAPES. O edital coloca-se de forma preconceituosa e ideológica um parecer de méritos sem substância. Destaca-se ainda no corpo do edital um número muito baixo de projetos aprovados nas áreas de ciências humanas e sociais. Inclusive, aproximadamente 90% dos projetos aprovados compõem o campo das ciências exatas e biomédicas.

O décimo quinto, segue a lógica dos demais desse grupo, relacionando-se a liberdade de expressão e ao combate a criminalização. A ativista Tatianny Araújo vem sendo criminalizada, tendo que responder seis processos civis e um processo criminal por danos morais a respeito de suas publicações no Facebook. Os processos movidos contra a servidora federal no âmbito da saúde têm iniciativa da Associação de Funcionários do INCA (AFINCA).

No que se refere ao terceiro abaixo assinado, o mesmo é destinado ao então governador do estado do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral Filho contra a demolição do hospital do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ). Segundo o documento da FNCPS, o hospital, na época, encontrava-se com falta de recursos e abandono por parte da gestão estadual, sendo que o espaço “atende, guardadas as devidas proporções, a sua finalidade precípua, na medida em que, estendida sua assistência (ao público em geral e não somente a servidores públicos), possui em seu atendimento diversas especialidades, tais como clínica médica, ginecologia, nutrição, homeopatia, cardiologia, [...] serviço social e etc.” (FNCPS, 2012<sup>19</sup>). Assim, o abaixo assinado requer um estudo emergencial com objetivo de manter o hospital intacto sem nenhuma perspectiva de demolição, mas tão somente a sua ampliação na estrutura física e no desenvolvimento dos serviços prestados no espaço hospitalar.

No quarto abaixo assinado a FNCPS apoia a não realização do Exame de Ordem do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), por o mesmo não trazer melhorias na educação médica nem muito menos na qualidade da política de saúde no país. Segundo a Frente, “a prova da CREMESP não erradicará [...] a deficiência médica, o número de erros médicos, a abertura irracional de novas escolas médicas e o impedimento da entrada de médicos estrangeiros mal qualificados no país” (FNCPS<sup>20</sup>, s. a). O exame em si não trará nenhum benefício ao quadro situacional da política de saúde, assim, a Frente pontua que ao invés de colocar o problema nos médicos, “seria mais plausível analisar o seu currículo, seus campos de prática, a estrutura universitária e o corpo docente”. Mas claro que para o Estado seria mais

---

<sup>19</sup> Disponível em <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/07/abaixo-assinado-contrademolicao-do.html>>. Acesso em: 23 ago. 2017

<sup>20</sup> Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/?pi=P2012N29445>>. Acesso em: 23 ago. 2017

fácil jogar a culpa no indivíduo pela sua “incapacidade” do que admitir um sistema educacional falho pelos déficits causados por não ser prioridade ao modelo capitalista.

O quinto abaixo assinado diz respeito a uma nota de repúdio ao Programa Nacional de Proteção aos Defensores de Direitos Humanos pela ineficiência do programa na defesa e garantia da “integridade física e mental, assim como o direito de participação e ação política das pessoas que defendem os direitos humanos e estão, por isso, em situação de risco” (FNCPS, 2013<sup>21</sup>). A nota refere-se ao caso de Alexandre Anderson e Daize Menezes de Sousa que vinham sendo ameaçados por lutar pelos direitos humanos dos pescadores da Baía de Guanabara no município de Magé/RJ. A situação se deve pela implantação do complexo petroquímico da Petrobrás no local onde residem, e que trouxe diversos prejuízos a pesca na comunidade violando direitos da família citada, incluindo ameaças por parte de milicianos e grupos privados que fazem a segurança da empresa. Sendo assim, a FNCPS, lança a nota no intuito da Secretaria Nacional dos Direitos Humanos garantir, “com urgência e por todos os meios, a proteção e condições de dignidade a Alexandre Anderson, Daize Menezes e sua família. Assim como investigar e punir culpados por ameaças e atentados ocorridos” (FNCPS, 2013).

O sétimo abaixo assinado refere-se a uma petição com o pedido de retirada da denúncia feita ao Ministério Público de 72 estudantes da Universidade de São Paulo ao qual ocuparam o prédio da reitoria da universidade em 2011. Os mesmos foram retirados pelo uso da violência pela Tropa de Choque da Polícia Militar sendo posteriormente detidos por danos ao patrimônio público, formação de quadrilha, pichação e desordem judicial. Com base na petição no site da Avaaz, “[...] a intenção de criminalizar esses estudantes é um ataque ao movimento estudantil e aos movimentos sociais de conjunto, em todo Brasil, que possuem o direito democrático de livre expressão, manifestação e organização política e ideológica. Lutar por democracia na universidade não é crime” (FNCPS<sup>22</sup>, s. a).

O décimo abaixo assinado, refere-se a uma petição pública (2013) destinada ao governador do estado do Rio de Janeiro Sérgio de Oliveira Cabral Santos Filho a “imediate desapropriação do prédio do Instituto de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira (CAP UERJ) na Avenida Paulo de Frontin, Rio Comprido, bem como aos fundos da sede do instituto, devido ao estado de abandono, para a urgente e necessária ampliação e modernização do

---

<sup>21</sup> Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/01/nota-de-repudio-ao-programa-nacional-de.html>>. Acesso em: 23 ago. 2017

<sup>22</sup> Disponível em: <[https://www.avaaz.org/po/petition/Pela\\_retirada\\_imediata\\_da\\_denuncia\\_do\\_MP\\_aos\\_72\\_estudantes\\_da\\_USP\\_por\\_formacao\\_de\\_quadilha/?cqeIxbb](https://www.avaaz.org/po/petition/Pela_retirada_imediata_da_denuncia_do_MP_aos_72_estudantes_da_USP_por_formacao_de_quadilha/?cqeIxbb)>. Acesso em: 23 ago. 2017

completo escolar” (FNCPS, 2013<sup>23</sup>). Trata-se do abandono por parte do governo do Estado do Rio de Janeiro de prédios que se encontram com estruturas inadequadas ao ambiente escolar, pondo em risco a integridade física do corpo docente, discente e demais funcionários.

O décimo primeiro é destinado a Câmara Municipal do Rio de Janeiro apoia a não privatização do Sistema Único de Saúde, os desvios de verbas do sistema público de saúde para empresas privadas de planos de saúde, o repasse dos serviços de saúde pública as Organizações Sociais, Fundações de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a Saúde Rio S/A (Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro) por as mesmas trazerem prejuízos a consolidação da política de saúde no Brasil.

O décimo terceiro abaixo assinado baseia-se na não privatização do Instituto Nacional do Câncer (INCA) sendo o mesmo substituído pela Empresa Pública de Direito Privado trazendo riscos ao atendimento gratuito e de qualidade aos usuários.

O décimo sexto abaixo assinado tem como pauta o retorno da professora indígena Mônica Lima ao seu local de trabalho, qual seja nos presídios do Complexo de Gericinó, em Bangu, Rio de Janeiro. Por se tratar de uma ativista engajada nos movimentos sociais que defendem a causa indígena, a mesma foi afastada de seu cargo por um pedido da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) a Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro para afastá-la do cargo, onde a mesma acatou o pedido. As duas secretarias justificaram da seguinte forma: Mônica “colocou em risco, por atos e procedimentos, o sistema de segurança da Unidade Prisional”<sup>24</sup>, mesmo não esclarecendo como a professora veio a pôr em risco o sistema das unidades do complexo prisional.

O décimo sétimo abaixo assinado pede o cancelamento da medida provisória e a Lei de nº 13.301 sancionada pelo presidente Michel Temer que tem por objetivo permitir a pulverização aérea da substância que combate o mosquito da dengue. Para muitos especialistas, esse tipo de medida é bastante perigosa a saúde e pode levar a sérios impactos a mesma.

Observa-se que a Frente Nacional tem se posicionado em torno de todos os temas que são inerentes a saúde e estão passando por processos de contrarreformas que otimizam as privatizações e o desrespeito contra a saúde pública. A Frente vem travando intensas lutas contra esses movimentos por meio de manifestos, abaixo-assinados e manifestações nas ruas com o apoio da população e todos os movimentos que apoiam a saúde. Uma das principais

---

<sup>23</sup> Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/?pi=CAPUERJ>>. Acesso em: 23 ago. 2017

<sup>24</sup> Disponível em:

<[https://secure.avaaz.org/po/petition/Secretaria\\_de\\_Estado\\_de\\_Educacao\\_do\\_Rio\\_de\\_Janeiro\\_SEEDUC\\_Que\\_a\\_SEEDUC\\_movimento\\_ja\\_Monica\\_as\\_suas\\_escolas\\_prisionais\\_de/?piKJfb&pv=0](https://secure.avaaz.org/po/petition/Secretaria_de_Estado_de_Educacao_do_Rio_de_Janeiro_SEEDUC_Que_a_SEEDUC_movimento_ja_Monica_as_suas_escolas_prisionais_de/?piKJfb&pv=0)>. Acesso em: 23 ago. 2017

bandeiras de luta contra a privatização enfrentada pela Frente Nacional é a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que se enquadra em um contexto de descaracterização de saúde e educação pública dos Hospitais Universitários Federais, como abordaremos no item seguinte.

### **3.3 A lógica privatista da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**

Iniciar uma discussão sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) sem antes falar da contrarreforma do Estado brasileiro é cair na armadilha do discurso pregado pelo Estado, pautado na melhoria da prestação de serviços e das relações de trabalho que essa empresa afirma trazer aos Hospitais Universitários Federais (HUF's), fato que não ocorre, pois, o que realmente prevalece é o domínio do setor privado pelo setor público, orientado pela redução dos recursos para o setor público, abrindo espaço para a mercantilização dos seus serviços. Em sua argumentação da Reforma necessária do Estado, Bresser Pereira (1996, p. 19) pontua:

O primeiro projeto é o da descentralização dos serviços sociais do Estado, de um lado para os Estados e Municípios, de outro, do aparelho do Estado propriamente dito para o setor público não estatal. Esta última reforma se dará através da dramática concessão de autonomia financeira e administrativa às entidades de serviço do Estado, particularmente de Serviço Social, como as universidades, as escolas técnicas, os hospitais, os museus, os centros de pesquisa, e o próprio sistema da previdência. Para isto, a ideia é de criar a possibilidade dessas entidades serem transformadas em “organizações sociais”.

As Organizações Sociais (OS's) classificam-se como organizações públicas não-estatais que atuam sobre a perspectiva do direito privado. Essas terão privilégios do Estado, iniciando pela oferta de “seus bens e seus funcionários estatutários, mas [...] escapam às normas e regulamentos do aparelho estatal, e particularmente de seu núcleo burocrático, que continuarão relativamente rígidas, mesmo depois da reforma constitucional.” (BRESSERT PEREIRA, 1996, p. 19).

Ao destacarmos esse processo, colocamos as contrarreformas como instrumento de superação da crise do sistema capitalista utilizado pelo capital como estratégia para a manutenção da ordem social burguesa, a qual favorece unicamente a reprodução do lucro no processo sócio histórico da formação política brasileira apadrinhando o capital nacional e internacional.

Sendo a EBSEERH um instrumento do Estado nesse processo de contrarreforma, destacamos que a empresa foi criada pela Lei nº 12.550 no ano de 2011 e sancionada pela então presidenta Dilma Rousseff como uma empresa estatal de direito privado, com sede e foro em Brasília e vinculada ao Ministério da Educação (MEC). Assim:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado (BRASIL, 2011, s. p).

Os referidos decretos consistem na organização da administração federal, estabelecendo diretrizes para a Reforma Administrativa. O Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969 altera disposições do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, o qual descreve no Art. 5º, do seu texto:

Empresa Pública – a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito (BRASIL, 1969, s. p).

São esses Decretos que abrem espaço para a criação da EBSEERH, que, segundo o Comitê em defesa do HU, faz parte de um segmento de privatização dos Hospitais Universitários (HU's) com particularidade distintas das tradicionais por meio de um projeto do Governo Federal. “No caso da EBSEERH, não se trata de venda do patrimônio público. O risco não é o de se leiloar os prédios dos HU's e seus equipamentos, mas o de se utilizar recursos públicos (físicos, humanos, financeiros) para o atendimento de interesses privados” (COMITÊ EM DEFESA DO HU, 2012, p. 04).

Com a implantação da EBSEERH, a saúde perde seu caráter social e passa a atuar com um caráter econômico, “isto é, ainda que pública, uma empresa como tal, se gere pela finalidade do lucro.” (CISLAGHI, 2011, p. 61). Trata-se de uma ameaça não apenas ao caráter público dos HU's, mas também ao comprometimento na qualificação do caráter acadêmico que esses hospitais devem ter (ensino, pesquisa e extensão) por meio da entrada de convênios entre instituições privadas e hospitais públicos.

A EBSEERH deve exercer suas funções em consonância com as atividades acadêmicas nos serviços de saúde, fato que difere os HU's dos demais hospitais, tendo como função atuar

na administração dos Hospitais Universitários sob a perspectiva de um modelo privado de gerenciamento, tendo como finalidade:

[...] a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária (BRASIL, 2011, s. p).

O projeto de lei para a criação da EBSEH foi encaminhado ao Congresso Nacional no mês de junho de 2007 pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A criação do ente jurídico só veio a ocorrer alguns anos depois, isso porque houve grandes resistências em muitos segmentos da sociedade, dando vida ao Fórum Nacional de Luta contra o Projeto de Lei nº 92/01 que com o apoio de vários setores da sociedade, de partidos políticos e parlamentares conseguiu por meio de intensa mobilização o arquivamento do processo em 2009. Contudo, em dezembro de 2010, Lula edita a medida provisória de nº 520 que autoriza a criação da EBSEH.

Essa medida, tida como uma das últimas ações do governo Lula, é justificada pelo governo do Partido dos Trabalhadores como uma necessidade, visto que, sua implantação melhoraria ou até mesmo resolveria a situação dos trabalhadores terceirizados dos HUF's, que encontravam-se em situação de ilegalidade como o Tribunal de Contas da União (TCU) declarou. A determinação do TCU foi de que o governo tinha até dezembro de 2010 para regularizar a situação de 26 mil funcionários dos hospitais que estavam trabalhando em regime precário de acordo com as condições exigidas pelas leis trabalhistas.

Olhando pela ótica do tempo, podemos observar que essa declaração do TCU ocorreu no ano de 2006, quatro anos antes da assinatura da medida provisória. A saída adotada, não era a única saída do governo, mas era a que mais contribuía para os lucros capitalistas. Sabe-se que o governo teve tempo suficiente para a realização de concursos públicos como forma de regularizar o quadro de funcionários e que não utilizou essa estratégia porque seu real objetivo era transferir a gestão dos hospitais do domínio das universidades para uma empresa de caráter privado.

A medida que a empresa foi criada inicia-se as regras de atuação nos serviços. Essa não pode ser aderida parcialmente para administrar um HU, pois, seu objetivo é gerir esse espaço em sua totalidade e não parcialmente. Aderir a EBSEH na gestão do HU não é um fator obrigatório, cabendo essa decisão aos representantes da comunidade acadêmica que estão

ocupando cadeiras nos Conselhos Superiores. Contudo, com a criação da lei que rege essa empresa, houve uma pressão com relação ao orçamento.

Durante alguns meses o orçamento do HU foi bloqueado. O desbloqueio só ocorreu mediante aprovação da lei que cria a EBSEH na Câmara dos Deputados, mais precisamente, na semana seguinte a sua aprovação. Essa foi uma estratégia do Estado para convencer os Conselhos Superiores a aderir os serviços da empresa, alegando a falta de verba que poderá atingir o bom funcionamento do hospital. A EBSEH, de acordo com o Art. 2º da lei que a rege “terá seu capital social integralmente sob a propriedade da União” (BRASIL, 2011, s. p).

O pacto de adesão entre a EBSEH e as instituições públicas é firmado com um contrato que sela o convênio entre os dois. Destacamos que, como em todo o processo de privatização, as empresas surgem para descaracterizar o que é público, e não é diferente com a EBSEH, que entra em um processo de investida na descaracterização e desqualificação dos Hospitais Universitários com o objetivo de reter o orçamento público para si.

O orçamento público se expressa na Lei nº 12.550, em seu Art. 8º quando descreve sobre os recursos da EBSEH que são: I “recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União”, II “as receitas decorrentes dos: e) acordos e convênios que realiza com entidades nacionais e internacionais” e “IV - rendas provenientes de outras fontes”. Esse artigo coloca ainda em seu parágrafo único: “O lucro líquido da EBSEH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa [...]”. (BRASIL, 2011, s. p). Essa característica colocada no parágrafo único da lei é a maior expressão de que a empresa pública atua em função do mercado e dos seus próprios interesses.

A entrada da EBSEH nos HU’s possibilitará o atendimento a usuários dos planos privados de saúde dentro desses hospitais comprometendo a saúde pública e o atendimento universalizado desse segmento, utilizando-se desse duplo sentido de saúde no processo de reordenamento da gestão hospitalar.

Já que a natureza de Direito Privado atribuída à Empresa permite a exploração de atividade econômica, poderá haver priorização do atendimento aos usuários do SUS que tenham planos privados, pois este resultará na dupla obtenção de recursos, através do repasse do SUS, referente aos atendimentos e aos repasses dos planos privados. Pode haver uma diferenciação em benefício dos usuários do SUS que tenham planos de saúde em detrimento dos usuários exclusivos do SUS, gerando um duplo estatuto de usuários e prejuízos aos usuários SUS que não têm plano de saúde. (MARCH, 2012 apud CORREIA, 2014, p. 48).

A gestão hospitalar dos HU’s tem como atividades os cuidados com educação e saúde. Esses serviços são caracterizados pela Constituição Federal de 1988 como direitos sociais que

devem ser garantidos pelo Estado como atividade pública e não como mercadoria voltada a um fim econômico. Foi para esse fim que na 14ª Conferência Nacional de Saúde foram aprovadas várias moções, entre elas a de nº 28 que defende o SUS 100% estatal sem a intervenção das empresas públicas não-estatais.

Os delegados presentes na 14ª CNS decidem por manifestar publicamente seu apoio a presente moção: em defesa do SUS como direito constitucional, 100% estatal e de qualidade; pela regulamentação da EC nº 29/00 em seu projeto inicial (União 10%, Estados 12% e Municípios 15%); pelo fim da desvinculação de receita da União e dos Estados (DRU e DRE); pela auditoria da dívida pública, a fim de evidenciar o descalabro desta, destinando imediatamente maior percentual do PIB para a Saúde Pública (6% no mínimo), Educação (10%) e Previdência Social; pela Institucionalidade das Organizações Sociais (OS); **contra as alternativas de gestão que precarizaram o trabalho como** as OS, Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Parcerias Público-Privadas (PPP's), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); pela valorização dos trabalhadores do SUS: concurso público, carreira única de estado, salários condizentes, criação de fundo específico para os trabalhadores do SUS; pela regulamentação do artigo 37 da CF, da autonomia administrativa financeira das unidades públicas; agilidade da atuação pública com a revisão da Lei nº 8.666 adequada à realidade da saúde. Não é possível aparelhagem, medicamentos e materiais levem 4,6 meses ou mais para serem adquiridos; respeito ao caráter deliberativo do controle social. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p. 111-112, grifos originais).

Existe um documento elaborado pela EBSERH, denominado “EBSERH, hospitais universitários federais: perguntas e respostas” ao qual descreve o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) como programa de realização das “ações no sentido de garantir a reestruturação física e tecnológica e também de solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais dos hospitais.” (EBSERH, 2013, p. 02).

Relacionado ao funcionamento em torno da contratação de funcionários, a EBSERH, irá trabalhar com o pessoal (recursos humanos) já existente no hospital, mas claro que otimizando o aumento da carga horária de trabalho antes exigida, sempre que possível e incentivando a produtividade por meio do estabelecimento de metas, intensificando a exploração da classe trabalhadora. A EBSERH terá liberdade de contratar empresas terceirizadas para executar seus serviços, podendo também utilizar as terceirizadas que já atuavam nos hospitais no período de implantação, mas será necessário também a realização de concurso público para ingresso de pessoal.

O que vem ocorrendo é a falta de realização desses concursos públicos que devem ocorrer para a substituição dos trabalhadores terceirizados que atuam nos Hospitais Universitários. Com isso, “está em jogo o fim do Regime Jurídico Único (RJU), pois os vínculos

de trabalho com a empresa serão CLT, em vez de servidores públicos, teremos apenas empregados públicos” (CORREIA, 2014, p. 46).

Outro ponto no processo de contratação a ser destacado é a contratação de pessoal por tempo determinado, fragilizando as relações de trabalho existentes na sociedade. A empresa poderá realizar esse tipo de contratação como está estabelecido na Lei nº 8.745/93, a qual dispõe sobre “a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público” (BRASIL, 1993, s. p) e na Lei nº 4.748/03, a qual “Regulamenta o processo seletivo simplificado a que se refere o § 3º do art. 3º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993” (BRASIL, 2003, s. p). O Art. 3º dessa lei dispõe “O recrutamento do pessoal a ser contratado, nos termos desta Lei, será feito mediante processo seletivo simplificado sujeito a ampla divulgação, inclusive através do Diário Oficial da União, prescindindo de concurso público” (BRASIL, 1993, s. p).

A contratação por tempo determinado interfere em vários direitos assegurados a classe trabalhadora por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), entre eles:

caso o trabalhador seja demitido antes do término do contrato temporário, receberá apenas metade das indenizações trabalhistas previstas na CLT. Após o término do contrato, não fará jus à indenização trabalhista prevista na CLT, nem poderá mais exercer suas funções na empresa por um período mínimo de dois anos. (COMITÊ EM DEFESA DO HU, 2012, p. 12).

Com relação a situação dos professores, o Comitê explica que:

Os docentes farão jornadas extras nos hospitais, e a empresa estuda o pagamento dos valores correspondentes à hora-extra na forma de bolsas, sem as vantagens peculiares à remuneração, o que certamente irá prejudicar o atendimento e a qualidade do ensino, pesquisa e extensão, além, é claro, de desvalorizar o trabalho docente (COMITÊ EM DEFESA DO HU, 2012, p. 14).

Essa empresa deve ser classificada como uma agressão a classe trabalhadora que vende diariamente sua força de trabalho, pois, além da fragilização nas relações de trabalho com a retirada de alguns direitos assegurados pela CLT, não foi assegurado nenhum benefício aos servidores “como plano de cargos e salários, capacitação, plano de saúde, previdência, etc [...]” (COMITÊ EM DEFESA DO HU, 2012, p. 13), como nos mostra o Estatuto Social da Empresa, criado por meio do Decreto Presidencial nº 7.661/2011 na gestão de Presidenta Dilma Rousseff.

O Estatuto Social da EBSEH, coloca como órgãos estatutários que compõem a empresa o Conselho de Administração, a Diretoria Executiva, o Conselho Fiscal e o Conselho Consultivo. Esses órgãos estão assim organizados:

TABELA 2: Órgãos estatutários que compõem a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

<b>Conselho de Administração</b>	<b>Diretoria Executiva</b>	<b>Conselho Fiscal</b>	<b>Conselho Consultivo</b>
Presidente da EBSEH;  Três membros indicados pelo Ministério de Estado da Educação;  Um membro indicado pelo Ministério de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão;  Dois membros indicados pelo Ministério de Estado da Saúde;  Um representante dos empregados e respectivo suplente;  Um membro indicado pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - ANDIFES.	Presidente da EBSEH;  Até seis diretores nomeados pelo Presidente da República.	Um membro indicado pelo Ministério de Estado da Educação;  Um membro indicado pelo Ministério de Estado da Saúde;  Um membro indicado pelo Ministério de Estado da Fazenda.	Presidente da EBSEH;  Dois membros indicados pelo Ministério de Estado da Educação;  Um membro indicado pelo Ministério de Estado da Saúde;  Um representante dos usuários indicado pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS;  Um representante dos residentes em saúde dos HU's;  Um reitor ou diretor de HU indicado pela ANDIFES;  Um representante dos trabalhadores dos Hospitais Universitários Federais – HUF's.

Fonte: Estatuto social da EBSEH

Nos termos desse Estatuto, o Conselho de administração é o órgão de orientação superior da EBSEH composto por nove membros. A EBSEH será administrada pela Diretoria Executiva e terá como órgão permanente o Conselho Fiscal. O Conselho Consultivo

também é um órgão permanente da EBSEERH que tem as finalidades de consulta, controle social e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração (BRASIL, 2011, s. p).

Nesse espaço composto por órgãos estatutários é visível que não existe um controle social, o que afirma esse espaço como mais um sem democratização na tomada de decisões se observado pela ótica de que esse Conselho é subordinado a Diretoria Executiva e ao Conselho de administração que como demonstramos no quadro acima é composto em sua maioria por membros da gestão governamental, o que reprime a participação dos movimentos de trabalhadores e usuários. Sendo assim, a EBSEERH é formada “por Conselho Consultivo, ao invés dos conselhos deliberativos do SUS, com composição paritária entre sociedade civil e Estado, sem qualquer referência a forma como será eleito” (CISLAGHI, 2011, p. 61).

A atuação dessa empresa deve ocorrer em consonância com as atividades acadêmicas que orientam o andamento das universidades federais com as quais estabelecerá contrato. Nessa lógica de atuação, o hospital tem um regimento interno, e a empresa tem outro totalmente incompatível. Com isso, o regimento pregado pelo HU passa a não ter mais valor, agora as regras que prevalecerão no hospital não são mais as que eram descritas em seu regimento, passando a prevalecer as regras da empresa que são definidas sem a participação do alunado, o que implica na autonomia universitária.

A cada convênio estabelecido entre EBSEERH e HU compreende uma derrota da autonomia universitária e a “destruição da universidade pública brasileira” (CARDOSO, 2014, p. 41), além do que a reestruturação desses hospitais caracterizam a intensa desarticulação e total desmonte do que é público.

O sucateamento que os Hospitais Universitários Federais (HUF's) vem sofrendo desde a implantação da EBSEERH estão afetando as condições de vida da população usuária dos serviços, pois, a partir de então, os hospitais estão disputando a prestação de seus serviços ao mercado com os “convênios de saúde, o financiamento das indústrias farmacêuticas para projetos de pesquisa, ou ainda financiamento de transnacionais para investimento em estudos relacionados a equipamentos hospitalares de diagnóstico e tratamento” (CARDOSO, 2014, p. 42).

Consideramos a EBSEERH como uma estratégia gerida pelo grande capital no processo de contrarreforma do Estado brasileiro na saúde. Dilma Rousseff implantou a empresa dando continuidade as iniciativas de privatização de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luiz Inácio Lula da Silva a qual privilegiaram os setores da sociedade que tem maior chance de reter capital

e dar lucratividade aos grandes empresários acometendo os direitos da classe trabalhadora ao mesmo tempo em que gera lucro ao capital por meio do desmonte dos serviços públicos.

Essa empresa traduz a desresponsabilização do Estado com a saúde e a educação por meio da diminuição das ações do Estado enquanto encarregado de administrar as políticas de educação superior no Brasil, bem como, seus efeitos para a população. Nessa lógica de Estado mínimo, a saúde deixa de ser provida por ele e passa a ser apenas financiada em um processo de parceria entre setor público e privado, ou seja, o Estado e o capital por meio dos contratos que estabelecem os convênios.

A EBSEH tem significativa importância para o Estado porque é uma das contrarreformas do sistema capaz de orientar as transferências das verbas do setor público para as empresas privadas, não se diferindo do processo de privatização das estatais nos governos anteriores de FHC e Lula. As privatizações ocorrem principalmente com os setores que mais tem lucro em seus serviços. Esses espaços economicamente lucrativos são vendidos ao capital por valores insignificantes com preços abaixo da média real.

Durante o governo de Lula, evidencia-se inúmeras agressões aos segmentos da classe trabalhadora por meio do movimento de continuidade das privatizações e do sucateamento das redes de atenção à saúde.

Nesse processo de construção analisamos que a principal estratégia da EBSEH e das demais empresas para adentrar ao sistema público é a desvalorização desse sistema por meio do discurso de precarização dos serviços. As empresas alegam que a melhoria nas condições de atendimento e na prestação de serviços só ocorre com a implantação da rede privada na gerência desses serviços, mas compreendemos que existe uma maneira mais eficiente de melhorar a falada precarização dos serviços sem a necessidade da privatização. Trata-se da ampliação das verbas a serem aplicadas nos serviços públicos, maior valorização dos funcionários que devem ter seus salários corrigidos, investimentos mais cuidadosos na infraestrutura dos prédios públicos que na maioria das situações encontram-se em situações deploráveis. Sabemos que isso não ocorre porque não é rentável para o capital, pois potencializa os trabalhadores, os usuários e as lutas de classe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo das análises realizadas em todo o estudo, procuramos observar a função social que o Estado brasileiro tem desempenhado desde o seu processo de criação até os dias atuais, mais precisamente o seu papel na inter-relação entre os sistemas público e privado na Política de Saúde brasileira pós Constituição Federal de 1988. Trata-se, explicitamente, do trajeto realizado pelo Movimento de Reforma Sanitária nos anos 1980, ao qual reivindicou um projeto de saúde público, estatal, universal e de qualidade, criado e implantado na Constituição, dos mecanismos utilizados pelo Estado para tentar desarticular os objetivos do movimento e, principalmente, do embate entre o projeto de saúde público e o projeto privatista de cunho mercadológico no auge do neoliberalismo nos anos de 1990.

Compreendemos, inicialmente no capítulo 01, que o Estado, enquanto instrumento pertencente a classe economicamente dominante, é utilizado com objetivo de criar e recriar maneiras de assegurar o livre comércio e a propriedade privada nas sociedades de classes, principalmente na capitalista. O conjunto articulado entre ideologia neoliberal, reestruturação produtiva e capital financeiro vem ao longo do século XXI reconfigurando o sistema da produção capitalista por meio de novas exigências no mundo do trabalho rebatendo, principalmente, na negação do acesso da população às políticas públicas e no desemprego permanente.

No que tange a ideologia neoliberal, a mesma acaba por se inserir no Brasil com o objetivo de reduzir o aparelho do Estado para tentar conter os gastos, com a justificativa de o mesmo estar totalmente endividado. O corte se configurou especialmente nos direitos sociais conquistados ao longo dos anos pela classe trabalhadora, conforme as discussões do capítulo 01. Para os apoiadores dos cortes, ancorados pela tese de Bresser Pereira, esse recurso utilizado se configurou como um conjunto de reformas “necessárias” para conter a crise econômica do país por meio de privatizações de empresas estatais, de medidas adotadas para resolver a crise fiscal (ajuste fiscal) e na abertura do comércio nacional para o capital estrangeiro.

Nessa lógica, pontuamos como ações que realmente foram aderidas pelo Estado: o corte nos investimentos, principalmente, da esfera social (saúde, educação, assistência social, previdência social, saneamento básico, habitação, etc.), bem como a desresponsabilização por parte do mesmo na execução dos serviços que compõem as políticas sociais, repassando as atribuições para o setor privado.

Constatamos, através de Behring, que todas as ações adotadas pelo Estado no conjunto de reformas defendidas por Bresser Pereira e implantada pelos governos brasileiros, referem-se a contrarreformas apontadas para as relações no mundo do trabalho refletida na redução dos salários, na privatização e terceirização dos serviços públicos, e na restrição do repasse de recursos das políticas sociais. Obviamente isso irá culminar no repasse dos bens e serviços para o setor privado que ficará a cargo de operar a maioria das políticas sociais, centralizando-as e flexibilizando-as.

Também foi foco deste estudo compreender (capítulo 02) a importância do Movimento de Reforma Sanitária na construção de um sistema de saúde público, estatal, universal e de qualidade. Esse movimento foi importante na luta pela construção e implantação do Sistema Único de Saúde com perspectivas à promoção, proteção e recuperação a saúde pública de uma população que vivia/vive a mercê de um processo de subdesenvolvimento de um país submisso ao capital.

A construção do sistema foi uma forma utilizada pelo Estado com o objetivo de minimizar os conflitos criados pelo Movimento de Reforma Sanitária buscando conter uma luta existente. Mesmo com a construção do SUS atendendo aos anseios da população, a Constituição Federal acabou por abrir brechas com o propósito de inserir o setor privado no sistema. Isso se deu por meio da criação de empresas públicas de caráter privado, deixando de atender as necessidades do sistema público e beneficiando o setor mercadológico.

A contrarreforma adotada pelo Estado brasileiro na política de saúde é constatada nesse estudo por meio do processo de privatizações dos bens e serviços públicos com a inserção de Organizações Sociais (OS's), Organizações Não Governamentais (ONG's), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), dentre outros. Essas configuram-se como importantes instituições que defendem a lógica capitalista na luta de interesses travada com o setor público no campo da saúde.

No que concerne à articulação na defesa da Política de Saúde universal, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) se apresenta como um movimento social articulado por diversas entidades, ao qual recupera as bases do Movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980, bem como a luta contra a mercantilização da saúde, sendo essa sua principal pauta de reivindicação. Apontamos a Frente como uma forma de resistência ao modelo capitalista na política.

Portanto, através do método marxiano, o estudo permitiu apreender como a lógica do capital adentra no setor público, especificamente na Política de Saúde, que conduz a

subordinação do SUS aos imperativos do capital. Além disso, conseguimos identificar também as formas que a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde atua nos temas referentes a Política de Saúde, através de panfletos, cartazes, abaixo-assinados que denunciam a lógica privatista.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 6 ed. São Paulo: Paz e terra, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra Reforma: Desestruturação do Estado e Perda de Direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BODSTEIN; SOUZA, Regina; Rosimary Gonçalves de. Parte VI - Relação público e privado no setor saúde: tendências e perspectivas na década de 90. **Scielo books**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BOSCHETTI; SALVADOR. Ivanete; Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período de 1999 a 2004: Quem paga a conta? In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Lei complementar de nº 92/2007** de 29 de junho de 2007, Brasília – DF, 2007. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/597335.pdf>>. Acesso em: 30 Ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990, Brasília – DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 30 Ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550/11** de 15 de dezembro de 2011, Brasília – DF, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 30 Ago. 2017

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.637** de 15 de maio de 1998, Brasília – DF, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm)>. Acesso em: 30 Ago. 2017

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.790** de 23 de março de 1999, Brasília – DF, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm)>. Acesso em: 30 Ago. 2017

\_\_\_\_\_. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.661** de 28 de dezembro de 2011, Brasília – DF, 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 200** de 25 de fevereiro de 1967, Brasília – DF, 1967. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 900** de 29 de setembro de 1969, Brasília – DF, 1969. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del0900.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0900.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2017.

BRASIL. **Lei 12.550** de 15 de dezembro de 2011, Brasília – DF, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.748** de 16 de junho de 2003, Brasília – DF, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4748.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4748.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.745** de 09 de dezembro de 1993, Brasília – DF, 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8745cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.656** de 03 de junho de 1998, Brasília – DF, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília - DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/norma-operacional-b%C3%AAsica-do-sistema-%C3%BAnico-de-sa%C3%BAdenob-sus-96>>. Acesso em: 29 Jul. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 109, p. 126-150, São Paulo, 2012.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma da administração pública. In: **Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1996a. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/96.reformadaadministracaopublica.pdf>>. Acesso em: 03 Set. 2017.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A teoria da inflação inercial reexaminada. In: **José Marcio Rego**, org. Aceleração Recente da Inflação. São Paulo: Bial: VII-XXII, 1989.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil: Para uma nova interpretação da América Latina**. 1 ed. São Paulo: Editora 34, 1996b.

CARDOSO, Renata de Oliveira. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1 ed. Rio de Janeiro – UERJ: Rede Sirius, 2014.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: **Cadernos de saúde. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011.

COMITÊ EM DEFESA DO HU. Esclarecimentos para a comunidade da UFJF sobre a empresa estatal de direito privado. **Cartilha trabalhadores na luta contra a EBSEH**. Volume I, Juiz de Fora, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Nosso plano é a saúde pública estatal e universal. In: **CFESS Manifesta**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVdXJaTV91Vm5UTjQ/edit>>. Acesso em: 02 Set. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília, 2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14\\_cns%20relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 04 Set. 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. EBSEH: lutas e resistências à lógica mercantil nas Universidades. In: **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

\_\_\_\_\_. Que Controle Social na política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2002. Disponível em: <<https://cesarmangolin.files.wordpress.com/2010/02/taylor-principios-de-administracao-cientifica.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2017.

EBSEH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. EBSEH Hospitais Universitário Federais: Perguntas e Respostas. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <[http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/cartilha\\_perguntas\\_e\\_respostas\\_v.pdf](http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/cartilha_perguntas_e_respostas_v.pdf)> Acesso em: 07 Set. 2017.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Em defesa do SUS público, estatal, universal e de qualidade. 2011. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTnBjTXpPd2ZROWl6bUctbE14cHFQZw/view>>. Acesso em: 02 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde. 2015. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVVklNsfNpeDloems/view>>. Acesso em: 02 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. Panfleto: Manifesto em defesa do SUS e contra a privatização. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpeDQ5cnZlaF9SSktPTjFIaHV2VHZpQQ/view>>. Acesso em: 02 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. Panfleto: Por um SUS público, 100% estatal e de qualidade. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTnBjTXpPd2ZROWl6bUctbE14cHFQZw/view>>. Acesso em: 02 Set. 2017.

- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HARVEY, David. O Estado neoliberal. In: **O neoliberalismo: história e implicações**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2011.
- LASKI, Harold. **O liberalismo europeu**. São Paulo: Mestre Jou, 1973.
- LESSA, Sérgio. **Capital e Estado de Bem-Estar – o caráter de classe das políticas públicas**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.
- MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MAZZEO, Antônio Carlos. **Burguesia e Capitalismo no Brasil**. São Paulo: Ática, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.482** de 04 de agosto de 2016, Brasília – DF, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=26&data=05/08/2016&capchafield=fristAccess>>. Acesso em 29 Ago. 2017.
- MINTO, Lalo Watanabe. O Estado. In: **O público e o privado nas reformas do ensino superior brasileiro: do golpe de 1964 aos anos 90**. Campinas, 2005.
- MOURA, Heline Caroline Eloi. As interferências da contrarreforma nas políticas de saúde e saúde mental a partir de 1990. In: **A relação entre público e privado na política de saúde mental em Maceió – AL no contexto da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação de mestrado, Maceió – AL, 2016.
- NETTO, José Paulo. A ofensiva neoliberal e seu significado. In: **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- \_\_\_\_\_. Repensando o balanço do neoliberalismo. In: **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 6 ed. São Paulo: Paz e terra 2003.
- \_\_\_\_\_. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. O capitalismo contemporâneo. In: **Economia Política: uma introdução crítica**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- \_\_\_\_\_. O imperialismo. In: **Economia Política: uma introdução crítica**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- NOGUEIRA; MIOTO. Vera Maria Ribeiro; Regina Cecília Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- OMENA, Valéria Coêlho de. Crise Contemporânea do Capital: a relação público e privado. In: **A relação dos setores público e privado na Política de Saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica**. Maceió, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. 1 ed. Salvador/Rio de Janeiro: Edufba/FioCruz, 2008.

PEREIRA, Potyara. A. P. Estado, Sociedade e esfera pública. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS\ABEPSS, 2009.

ROMANO, Cátia Maria C.; SCATENA, João Henrique G. **A relação público-privada no Sistema Único de Saúde: assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde “Baixada Cuiabana” em Mato Grosso**. Cuiabá, 2013.

SADER, Emir. A hegemonia neoliberal na América Latina. In: **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 6 ed. São Paulo: Paz e terra, 2003.

SANTOS NETO, Artur Bispo dos. **Capital e Trabalho na Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Instituto Lukács, 2015.

SANTOS, Edirlei Machado dos. Gestão participativa: estratégia de consolidação do sistema único de saúde. **109º Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, 2009 Disponível em:<[www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/4339/3622](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/4339/3622)> Acesso em: 04 Out. 2016.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS. Ana Rocha dos. Nas práticas políticas de saúde, o exercício do controle do espaço. **Revista de Geografia (UFPE)**, 2010. Disponível em: <<http://ri.ufs.br:8080/bitstream/123456789/1026/1/Pr%C3%A1ticasPol%C3%ADticas.pdf>> Acesso em: 14 Ago. 2017.

SERGIPE. Fundação Estadual de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe: Saberes e tecnologias para implantação de uma política. FUNESA, 2011. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_858538200.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_858538200.pdf)>. Acesso em: 14 Ago. 2017.

SILVA, Monique Maria Rodrigues da. Gênese e função social do Estado: o Estado brasileiro em tempos de crise estrutural do capital. Maceió, 2016.

TAVARES, Maria Cecília. A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento. São Paulo, 2009.