

A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização

Organizadoras:

Maria Inês Souza Bravo

Juliana Souza Bravo de Menezes

Rio de Janeiro
2014

© 2014 – Projetos: Políticas Públicas de Saúde; Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos; Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro – UERJ / Faculdade de Serviço Social.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e os autores.

Organizadoras: Maria Inês Souza Bravo; Juliana Souza Bravo de Menezes.

Apoio: FAPERJ, CNPq e UERJ

Conselho Editorial:

Dra. Eugênia Célia Raizer – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Dra. Janaína Bilate Martins - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Dr. Maurílio Castro de Matos - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Dra. Regina Helena Simões Barbosa – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Dra. Silene de Moraes Freire – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Editora: Rede Sirius – Rede Bibliotec.

Projeto Gráfico e Diagramação: Luiz Fernando Nabuco

Impressão: EDG Editora Gráfica LTDA

Tiragem: 500 exemplares

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 98 p.

ISBN 978-85-88769-79-3

Uma publicação dos Projetos: Políticas Públicas de Saúde; Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos; Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro - Faculdade de Serviço Social/UERJ.

1. Política de saúde pública – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Relação Público e Privado. 4. Lutas Sociais. I. Bravo, Maria Inês Souza. II. Menezes, Juliana Souza Bravo de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. Projetos: Políticas Públicas de Saúde; Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos; Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro.

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
PARTE I - POLÍTICAS SOCIAIS E SAÚDE	6
1.1. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front” Juliana Souza Bravo de Menezes	7
1.2. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde Francisco Batista Junior	20
PARTE II - RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE	24
2.1. A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão Gustavo França Gomes	25
2.2. O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários Renata de Oliveira Cardoso	32
2.3. EBSERH: Lutas e Resistências à lógica mercantil nas Universidades Maria Valéria Costa Correia	46
2.4. Os Planos de Saúde e as Ameaças ao Sistema de Saúde Brasileiro na Atualidade Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi	53
PARTE III - AS LUTAS SOCIAIS E A SAÚDE	61
3.1. Nas ruas por direitos: a resposta popular às contrarreformas da democracia blindada brasileira. Felipe Abranches Demier	62
3.2. Movimentos Sociais, Mobilizações de Junho de 2013 e a Saúde no Brasil Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi	69
3.3. As Lutas pela Saúde e os Desafios da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde na Atualidade Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes	75
3.4. Lutas Sociais e Contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos no Processo da Reforma Sanitária Brasileira Alessandra Ximenes da Silva	82
ANEXOS	87
Anexo 1 - “Manifesto de Repúdio à Proposta do Governo Federal de Subsidiar os Planos Privados de Saúde”	88
Anexo 2 - “Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde!”	90
Anexo 3 - “A saúde que defendemos!”	93
SOBRE OS AUTORES	96

Apresentação

A presente coletânea pretende socializar as informações e fornecer fundamentos teórico-críticos que orientem os diversos sujeitos sociais e coletivos preocupados com a questão saúde, a democratização do Estado e os modelos de gestão ressaltando os dilemas e os desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Sanitária e da Seguridade Social Pública. O objetivo é contribuir para esse debate público que foi alçado pela população para o centro da arena política durante as maiores mobilizações populares acontecidas no Brasil em junho de 2013.

Uma das preocupações é retomar os princípios que deram origem ao projeto de Reforma Sanitária brasileiro, surgido em meados dos anos 1970, com o processo de redemocratização do país, contrário à privatização e em defesa da saúde pública, estatal e universal. Procura articular as lutas na saúde a um novo projeto societário em oposição a nova política social viabilizada pelo Estado aliado à burguesia, desde o final do século XX até os dias atuais. Este novo Estado reduz sua ação direta à prestação de serviços compensatórios e assume o papel de gerenciador de iniciativas privadas e de repolitização da política por meio de ações que visam o apassivamento dos movimentos sociais (FONTES, 2006)¹.

A coletânea está estruturada em três partes: Políticas Sociais e Saúde; Relação Público-Privado na Saúde e As Lutas Sociais e a Saúde.

A primeira parte, intitulada “*Políticas Sociais e Saúde*” propõe abordar as Políticas Sociais e a Saúde nos governos do PT e têm dois artigos.

O texto intitulado “*Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: ‘Nada de novo no front’*”, elaborado por *Juliana Souza Bravo de Menezes*, fornece elementos de reflexão acerca das políticas sociais durante os últimos dez anos no Brasil. Destacam-se as propostas e reformas nas áreas sociais defendidas pelos dois governos de Lula, as quais, no essencial, deram sequência à contrarreforma do Estado aprofundada intensamente pelos dois governos de Fernando Hen-

rique Cardoso (1995-1998; 1999-2002), quando se verificou um encolhimento do espaço público democrático dos direitos sociais e a ampliação do espaço privado. Também é abordado o trato da questão social por parte do governo (ainda em curso) de Dilma Rousseff.

O segundo de *Francisco Batista Junior* resalta as enormes dificuldades de implementar o Sistema Único de Saúde em nosso país nos últimos anos, apesar da sua conquista histórica. Júnior vai problematizar tais questões a partir de sete eixos: 1. A Equívocada Responsabilização apenas pelo Subfinanciamento; 2. É o modelo, estúpido!; 3. A privatização avança nas ações e serviços; 4. A privatização da gestão e da gerência avança em todo o país; 5. A força de trabalho precarizada, desestimulada e o programa “mais médicos”; 6. Farmácia popular e o capitalismo sem risco na assistência farmacêutica; 7. O (des)controle social.

A segunda parte da coletânea, intitulada “*Relação Público-Privado Na Saúde*” pretende caracterizar as propostas alternativas de gerenciamento que ganharam visibilidade, a partir da década de 1990, no Brasil, e que têm relação com as “contrarreformas” ocorridas em diversos países pautadas na política de ajuste e na relação público-privado. É composta de quatro artigos.

O artigo “*A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão*”, de *Gustavo França Gomes*, apresenta os princípios de funcionamento do Sistema Único de Saúde, algumas características dos modelos privados de gestão propostos e, por fim, os questionamentos jurídicos e sociais em relação às experiências de gestão privada do SUS.

O segundo texto de *Renata Cardoso* propõe abordar o processo de contrarreforma do Estado brasileiro iniciado na década de noventa para compreender as novas formas de gerenciamento do aparelho estatal. A autora vai particularizar a análise sobre a contrarreforma que está em curso que possui como objetivo transferir a rede de Hospitais Universitários Federais (HUF) – formada por 47 hospitais vinculados a 33 universidades federais – para uma empresa de direito privado denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A proposta da Empresa Brasileira de Serviços Hospitala-

1 FONTES, V. Sociedade civil no Brasil contemporâneo. In: LIMA, J. & NEVES, L. M. W. (Orgs.) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

res (EBSERH) e as lutas e resistências à entrada da Empresa e ao projeto de Universidade e de educação e saúde pública que ela é caudatária, ou seja a lógica mercantil, são apresentadas no artigo de *Maria Valéria Costa Correia*.

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi em seu texto trata da pressão que empresas que comercializam seguros ou planos de saúde privados fazem sobre o governo federal para apoiar suas pretensões de crescimento do mercado, com subsídios públicos e desonerações fiscais. Dessa forma, analisa esses aspectos e as formas que o estado brasileiro lidou com a legitimação do mercado através da Agência Reguladora de Saúde Suplementar (2000), inspirada nos princípios da contrarreforma do estado iniciada em 1995. A concentração do mercado e a integração dos planos com os serviços de saúde trazem desafios novos para a concretização do sistema de saúde público, gratuito e de qualidade.

Por fim, a terceira parte "*As Lutas Sociais e a Saúde*" apresenta quatro artigos.

O primeiro artigo intitulado "*Nas ruas por direitos: a resposta popular às contrarreformas da democracia blindada brasileira*", de autoria de *Felipe Abranches Demier*, tem por objetivo apresentar alguns apontamentos acerca das mobilizações ocorridas no Brasil em junho de 2013. Nesta direção, pretende problematizar as relações existentes entre a dinâmica daquelas mobilizações de massa e o tipo de regime democrático-liberal então vigente no país.

O texto de *Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi* analisa as jornadas de junho de 2013 do ponto de vista da emergência de novos sujeitos políticos e métodos de luta. A proposta é servir de subsídio à construção e implementação de um processo permanente de acompanhamento e análise de demandas e movimentos contemporâneos no Brasil com pautas relativas à saúde e sua determinação social.

Maria Inês Souza Bravo e *Juliana Souza Bravo de Menezes* ressaltam a importância do fortalecimento da participação popular na saúde através de novos mecanismos de controle democrático não institucionalizados, que estão sendo criados a partir de meados dos anos 2000. Destaca-se o papel da sociedade civil na defesa da Saúde, enfatizando a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde como nova forma de resistência na saúde e novo espaço de participação popular, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980.

O artigo de *Alessandra Ximenes da Silva* trata sobre as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na contemporaneidade. Essa discussão é necessária, considerando que o projeto de RSB, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS) tem apresentado vários problemas para a sua efetividade, a saber: o não cumprimento da universalidade e da integralidade e a tendência privatista hoje predominante, através dos novos modelos de gestão, que passam a gerir os serviços de saúde públicos.

Nos anexos encontram-se *Notas* elaboradas, em 2013, pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde onde estão presentes algumas bandeiras de luta

Esta coletânea é organizada pelos Projetos "Políticas Públicas de Saúde" e "Saúde, Serviço Social e Movimentos

Sociais"², da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que têm uma tradição de elaborar produções na saúde com o intuito de democratizar o conhecimento.

Os Projetos citados têm uma preocupação com a função social da Universidade, tendo como objetivos a defesa dos direitos dos trabalhadores e das políticas sociais tanto por sua participação nas lutas como na produção de reflexões que possibilitem resistir aos ataques do capital e dos governos contra a classe trabalhadora.

Considera-se, a partir de Gramsci, que a universidade pode contribuir com a análise crítica da realidade através do pessimismo da razão e oferecer estratégias de luta, pautando-se no otimismo da vontade e na perspectiva da importância do conhecimento para transformar a realidade.

Espera-se que o conteúdo desta coletânea possa constituir em um instrumento de potencialização do debate e de fortalecimento das políticas sociais públicas, tendo como referência a defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana, e um novo projeto societário anticapitalista.

Boa leitura a todos(as)!

Rio de Janeiro, abril de 2014.

Maria Inês Souza Bravo e
Juliana Souza Bravo de Menezes
(Organizadoras)

² Esses projetos são coordenados pela professora doutora Maria Inês Souza Bravo.

PARTE I - POLÍTICAS SOCIAIS E SAÚDE

SUS 100%
Público e
Estatal.



1.1. Os governos do PT e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”

Juliana Souza Bravo de Menezes

Apresentação

O objetivo do presente texto é oferecer elementos que possam subsidiar uma investigação acerca das políticas sociais durante os últimos dez anos no Brasil. Mais precisamente, buscaremos assinalar alguns aspectos que permitam a realização de uma análise crítica referente à política social adotada tanto pelos dois governos petistas de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010), quanto pelo de sua sucessora, também petista, Dilma Rousseff (2011-2014).

Nesse sentido, destacaremos, de um modo geral, as propostas e reformas nas áreas sociais defendidas pelos dois governos de Lula, as quais, no essencial, deram sequência à contrarreforma¹ do Estado aprofundada intensamente pelo dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002), quando se verificou um encolhimento do espaço público democrático dos direitos sociais e a ampliação do espaço privado - não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados com a Carta de 1988. Posteriormente, abordaremos o trato da questão social por parte do governo (ainda em curso) de Dilma Rousseff, que chegou à Presidência da República se apoiando no enorme respaldo popular obtido por seu antecessor e acompanhada da mística de ser a primeira mulher eleita ao cargo máximo do Estado Brasileiro. Evidenciaremos, portanto, como a política social implementada pelo Governo Dilma pode, em função de seu cariz contrarreformista, ser alocada em uma linha de continuidade com os governos anteriores de Lula e FHC.

Antes, porém, de iniciarmos a análise das políticas sociais nos dois governos do PT, observaremos, de um modo ligeiro, o processo de “transformismo petista”², já que, a

nosso ver, este se constitui em um elemento essencial para a compreensão do caráter contrarreformista da política social brasileira nos últimos dez anos.

I. A trajetória do Partido dos Trabalhadores (PT): algumas reflexões

Ao analisar a trajetória do Partido dos Trabalhadores, Iasi (2012) aponta que o partido foi organizado pelos setores mais combativos do operariado, com posição anticapitalista e projeto socialista, se transformando, posteriormente, em um dos baluartes do capitalismo no Brasil. O autor aponta para uma inflexão que levou o partido da negação ao consentimento.

“Organizado a partir das lutas concretas, sindicais,

segundo momento) identificados com a linha extremista se incorporaram à “classe política” conservadora e moderada (caracterizada pela hostilidade a toda intervenção das massas populares na vida estatal, a toda reforma orgânica que substituísse o rígido ‘domínio’ ditatorial por uma ‘hegemonia’)” (GRAMSCI, 2002, p. 286). Já em outra passagem de seus cadernos, Gramsci aplicou o conceito para analisar determinados grupos de intelectuais italianos que, de passado revel, haviam migrado/retornado para as fileiras dominantes: “Eficácia do movimento operário socialista na criação de importantes setores da classe dominante. A diferença entre o fenômeno italiano e o de outros países consiste, objetivamente, no seguinte: que, enquanto nos outros países o movimento operário e socialista elaborou personalidades políticas singulares que passaram para a outra classe, na Itália, ao contrário, elaborou grupos intelectuais inteiros, que realizaram essa passagem como grupos. A causa do fenômeno italiano, ao que me parece, deve ser buscada na escassa aderência das classes altas ao povo: na luta das gerações, os jovens se aproximam do povo; nas crises de mudança, tais jovens retornam à sua classe (foi o que ocorreu com os sindicalistas-nacionalistas e com os fascistas). No fundo, trata-se do mesmo fenômeno geral do transformismo, em condições diversas [...]. A burguesia não consegue educar os seus jovens (luta de geração): os jovens deixam-se atrair culturalmente pelos operários, e chegam mesmo a se tornar – ou buscam fazê-lo – seus líderes (desejo ‘inconsciente’ de realizarem a hegemonia de sua própria classe sobre o povo), mas, nas crises históricas, retornam às origens” (GRAMSCI, 2000, p. 94-95).

1 Utiliza-se o termo “contrarreforma”, pois as mesmas vão na direção de supressão de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas. Para maior aprofundamento, vide Behring (2003).

2 O marxista Antônio Gramsci, em suas análises sobre a unificação italiana (interpretado pela chave teórica da “revolução passiva”), sugeriu o conceito de “transformismo” visando a explicar o processo histórico-político pelo qual personalidades (num primeiro momento) e grupos/partidos políticos (num

como movimento político de afirmação da independência e autonomia da classe operária, o PT apresenta-se, inicialmente, como representante da ‘classe trabalhadora’; depois, do conjunto dos ‘trabalhadores’; em seguida, do ‘povo’; e, por fim, dos ‘cidadãos’. A passagem da ‘classe’ à ‘nação’ atesta a prevalência da estratégia do ‘gradualismo reformista’ e a subordinação à tática eleitoral, que redefiniram o horizonte social, político e econômico do projeto partidário” (MUSSE, 2012, p. 10).

Nessa direção, para Demier (2008), o PT representou um avanço importante na história da organização política dos trabalhadores brasileiros, apresentando uma proposta “classista”, ou seja, um partido de classe, dos trabalhadores, contrário a alianças com representantes das classes dominantes.

Para Arcary (2011, p. 60), o “PT foi o maior partido da história da classe trabalhadora brasileira do século 20”.

Segundo Demier (2008), o PT surge como um *partido em disputa*, entre dois projetos políticos distintos: um projeto reformista e um projeto revolucionário. Para o autor, o partido possuía internamente elementos revolucionários e não-revolucionários. “Esse embate pelos rumos do partido, presente, portanto, desde seu início, prosseguiria até que finalmente um lado saísse definitivamente vitorioso, o que acabaria por fornecer um conteúdo final à organização” (DEMIER, 2008, p. 50).

Atualmente o PT é outro partido. Em três décadas elegeu vários vereadores, deputados, chegou ao governo de muitas prefeituras, Estados e está pela terceira vez à frente da presidência da república. Hoje o Partido dos Trabalhadores “é a máquina eleitoral mais profissional do Brasil, portanto, integrada às instituições do regime e associada, estreitamente, a alguns dos mais poderosos grupos empresariais” (ARCARY, 2011, p. 60).

Iasi (2012, p. 359), ao abordar sobre as mudanças do Partido dos Trabalhadores, sinaliza que o partido “é um excelente exemplo do movimento de constituição de uma classe contra a ordem do capital que acaba por se amoldar aos limites da ordem que queria superar”.

O contexto de criação do PT, em 1980, é de contestação à ditadura militar e emergência das lutas sociais que encontrou na retomada da luta sindical e operária um ponto de fusão de classe. Dessa forma, o PT surge enquanto partido que propõe organizar politicamente os trabalhadores urbanos e rurais. Na sua Carta de Princípios, o PT sinaliza que é um partido sem padrões e que não aceitaria em seu interior representantes das classes exploradoras³. O PT no seu surgimento tinha uma vocação anticapitalista e apontava para um horizonte socialista. Ainda na Carta de Princípios “afirma seu compromisso com a democracia plena, exercida diretamente pelas massas, pois não há socialismo sem democracia nem democracia sem socialismo” (IASI, 2012, p.).

Cabe destacar que, sendo o PT um partido dividi-

do entre revolucionários e reformistas, ele nunca apresentou uma definição muito precisa acerca do socialismo que defendia em seu programa (DEMIER, 2008). O “socialismo petista” seria construído a partir das “exigências concretas das lutas populares”, “definido nas lutas do dia a dia” (IASI, 2012).

Demier aponta que o PT teve, nos anos 1980, um importante papel na organização política das lutas dos trabalhadores do país. O partido conduzia as principais mobilizações operárias do país, tendo como principais bandeiras a independência de classe dos trabalhadores e o fim da ditadura militar. Foi responsável pela fundação da maior central sindical da história do país, em 1983, a CUT (Central Única dos Trabalhadores). O PT também tinha uma aproximação com a reorganização dos trabalhadores do campo, contribuindo com a criação, em 1984, do MST (Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra). O autor ressalta ainda que, nesse período de 1980 a 1988, o partido esteve comprometido e priorizando as lutas sociais organizadas, em detrimento da participação institucional-eleitoral. Até 1988 “o PT manteve seu eixo eleitoral subordinado às lutas populares” (DEMIER, 2008, p. 53).

A partir de 1988, na disputa entre revolucionários e reformistas no interior do partido, segundo Demier (2008, p. 54), estes “últimos começaram a adquirir as condições materiais que lhes proporcionariam, em breve, a vitória final”.

Iasi (2012) destaca dois fatores conjunturais importantes que vão incidir nos rumos do PT a partir dos anos 1990: a derrota eleitoral de Lula para Collor, em 1989, e a queda do chamado “socialismo real” com o desmonte dos regimes políticos do leste europeu e o fim da União Soviética (1991).

“O primeiro num plano mais imediato, abre uma longa reflexão sobre os limites eleitorais atingidos e a suposta impossibilidade de ir além deste limite com a atual radicalidade programática e uma política de alianças restrita ao campo popular (assalariados e classes médias); o segundo fenômeno coloca o partido na defensiva quanto suas afirmações estratégicas socialistas” (IASI, 2012, p. 453).

Outro aspecto que é importante ressaltar é o momento geral de recuo de movimentos populares e sindicais.

“O processo de burocratização da CUT, acentuado fortemente após a Constituição de 1988 que manteve uma série de elementos da estrutura sindical corporativista (em especial, o imposto sindical), deve ser visto, dada a relação orgânica entre esta central e o PT, como um aspecto decisivo para a “direitização” do partido. O refluxo que viveria o movimento sindical brasileiro na década de 1990 aceleraria a degeneração da CUT e, por consequência, do Partido dos Trabalhadores. Contudo, é importante aqui não cairmos num *duplo raciocínio mecanicista*, no qual um momento de refluxo das lutas operárias é visto como algo que *necessariamente* conduz a uma burocratização das entidades sindicais que, por sua vez, leva *invariavelmente* os partidos de esquerda vinculados a essas entidades ao abandono de suas posições anteriores. Tais caminhos, apesar de serem trilhados na maioria das vezes, não podem ser tomados como os únicos possíveis, sob o risco de praticamente se eliminar o papel dos sujeitos políticos nos processos

3 “O surgimento do PT, no início de 1980, foi saudado pela reflexão acadêmica como uma ‘novidade’ (...) representava a possibilidade de uma manifestação autêntica das classes trabalhadoras, isto é, uma organização de trabalhadores sem a tutela das elites, como no caso do populismo ou de determinadas vanguardas políticas, por exemplo, os movimentos anarquistas, socialistas e comunistas no Brasil” (IASI, 2012, p. 360).

sociais” (DEMIER, 2008, p. 55).

Diante das questões apresentadas, Demier (2008) aponta que segundo a direção petista, restaria agora para a esquerda conseguir melhorias para os trabalhadores no âmbito do capitalismo, sendo a única forma possível de organização social, não ameaçando a “ordem do capital”.

Esse “novo PT”, já profundamente modificado, passou pelo seu primeiro grande teste político.

“Quando as massas juvenis saíram às ruas para derubar Fernando Collor de Mello, e quando sua queda era quase inevitável, a direção petista encarregou-se de se mostrar como alicerce da institucionalidade defendendo a posse do Vice-Presidente Itamar Franco, apresentando assim limites claros ao movimento contestatório. Não satisfeitos, Dirceu e cia. não hesitaram em expulsar a Convergência Socialista (CS) devido ao “grave crime” cometido pela corrente: defender o “Fora Collor” quando a direção do PT ainda não havia aderido a esta bandeira. Em termos históricos (no que se refere à história do Partido dos Trabalhadores), tal expulsão significou o início de um processo de exclusão dos setores militantes que não mais poderiam ser tolerados por um PT que se tornava a cada dia mais adaptado à ordem do capital. Esse processo de expurgo teria fim pouco mais de dez anos depois com a expulsão dos “radicais”, desta vez pelo também “grave crime” de terem votado contra a reforma neoliberal da Previdência levada a cabo pelo governo Lula em 2003. No meio do caminho (isto é, entre 1992-2003), muitas correntes e elementos da esquerda partidária adaptaram-se também ao aparato estatal e subordinaram-se à camarilha dirigente do partido, enquanto outras dele se afastaram” (DEMIER, 2008, p. 55).

Arcary (2011), ao analisar a trajetória do PT, destaca que o partido enfrentou muitas crises, mas foram sobretudo quatro dessas que marcaram sua história.

“A primeira grande crise veio com o governo Erundina à frente da Prefeitura de São Paulo. A questão central colocada era a relação com o regime democrático: aceitar ou não os limites legais da constitucionalidade. (...) Não houve rupturas no partido, mas as placas tectônicas do PT se moveram. O PT pagou a dívida externa do município, escrupulosamente, e não hesitou em convocar a PM (Polícia Militar) contra a luta operária e popular. No início dos anos 1990, quando a situação política evoluía à direita, e as pressões burguesas pela estabilidade do regime democrático eram mais intensas, a direção do PT convocou o 1º Congresso e decidiu expulsar a Convergência Socialista, uma corrente trotskista que constituiu, após uma unificação com outras organizações marxistas, o PSTU. Foi a segunda grande crise. Dali para frente, as tendências de esquerda que ainda resistiam no PT ficaram sabendo qual seria o seu destino se desafiassem a direção. (...) Finalmente, em 2003, depois da eleição de Lula, a direção do PT não hesitou em expulsar Heloísa Helena e os deputados que vieram a formar o PSOL, com a acusação, novamente, de indisciplina, por terem se recusado a votar no congresso a Reforma da Previdência. Foi a terceira grande crise. Ficou comprovado que a mão

da direção do PT não iria tremer no seu giro à direita. Foi, porém, em 2005, que o PT atravessou a mais séria crise de sua história. Uma parcela do núcleo duro de sua direção foi decapitada, politicamente, pela crise aberta pelas denúncias do mensalão” (ARCARY, 2011, p. 65-67).

Segundo Iasi (2012), a derrota eleitoral de 1994 para Fernando Henrique Cardoso (FHC) abriu espaço para uma nova inflexão moderada do PT. E tal derrota será atribuída à direção de esquerda e, como alternativa, serão apresentadas as teses que defendiam a moderação programática e a ampliação do leque de alianças. Ainda segundo o autor, o PT nesse período alcançou o ápice de sua trajetória, aumentando significativamente o número de parlamentares e administrações municipais e chegando ao governo de alguns Estados.

Arcary (2011) destaca que, no período de 1994 a 2002, o PT manteve a posição de oposição, entretanto, não mobilizava a sua base de apoio para tentar impedir o governo FHC de governar. Após a vitória de Lula e, mais precisamente, depois da “Carta aos Brasileiros”, “o PT passou a ser o principal suporte da contenção social para garantir a governabilidade de Lula”. Entre 2003 a 2010, em especial depois de 2006, o governo Lula conseguiu a maior estabilização social do regime político democrático eleitoral, algo que nenhum dos governos eleitos após 1989 tinha conseguido, isto é, “uma anulação tão bem sucedida do protesto operário e popular”. Durante esses anos de governo do PT, o partido conseguiu enfrentar a sua maior crise, em 2005, o mensalão (ARCARY, 2011, p. 70).

O discurso original fundado no “anticapitalismo” passa a ser substituído pelo discurso “antineoliberal”. Dessa forma, todo o programa e o horizonte estratégico passam a ser a busca de um projeto “alternativo ao neoliberalismo”, um projeto “nacional” de desenvolvimento, capaz de articular “amplas forças sociais” (IASI, 2012).

Iasi (2012) ressalta ainda que

“a experiência petista, de fato, se diferencia tanto do socialismo real como da social-democracia; não por que foi capaz de implementar um socialismo democrático que superou o planejamento burocrático ao mesmo tempo em que a lógica perversa do mercado, mas porque ficou aquém das duas experiências principais do século XX, nem socializou os meios de produção e iniciou uma transição socialista, nem desenvolveu a economia capitalista minimizando, por meio de políticas públicas, suas mazelas” (IASI, 2012, p. 549).

Nesta direção, para Demier (2008) o PT transitou de um projeto original socialista - embora um socialismo mal definido, difuso - para a linha da socialdemocracia da terceira via, ou seja, sem ter passado pelo Estado de Bem Estar Social com políticas sociais redistributivas. Com os governos de Lula e Dilma, esse processo de *transformismo* político do partido, finalmente, se completaria. Sendo assim, Arcary (2011) sinaliza que os governos do PT tem sido uma experiência de “um reformismo quase sem reformas” ou governos quase sem reformas progressistas e muitas reformas reacionárias ou contrarreformas, como veremos a seguir⁴.

4 Cabe destacar alguns autores que publicaram livros nos últimos anos,

2. Considerações sobre os Governos do PT, as políticas sociais e o novo desenvolvimentismo: adesão à ideologia social-liberal

2.1. Primeiro Governo Lula

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p. 49). A consagração eleitoral foi resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implantado nos anos de 1990. Isto é, pela primeira vez foi eleito para a Presidência da República um candidato/partido que, nas origens, não representava o candidato os interesses das classes dominantes.

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, muitos acreditavam que, no Brasil, estaria se inaugurando um novo momento histórico em que uma política de reformas sociais seria privilegiada em detrimento das políticas de ajuste. Não esperava transformações profundas na estrutura societal brasileira em função dos acordos e compromissos firmados pela candidatura petista durante a campanha eleitoral, havia expectativas no que tange à implementação das políticas sociais universais e da participação social⁵.

A legitimidade expressa nas urnas, para “exercer um governo orientado para mudar o Brasil numa direção democrático-popular” (NETTO, 2004, p. 13) e para “uma política econômica direcionada ao mercado interno de massas, articulada a uma política social mais ousada” (BEHRING, 2004), não foi levada em consideração. O projeto de Lula e do PT, desde as eleições, já não era um projeto transformador, progressista. O governo Lula promoveu ativamente a subordinação dos trabalhadores aos interesses patronais, contribuiu para a desmobilização dos movimentos sociais. Foi um governo de colaboração de classes, de conciliação de classes, isto é, sua orientação política geral é burguesa. E essa conciliação implica a aceitação da dominância do neoliberalismo, ou seja, a adoção do projeto de um governo social-liberal (NETO, 2005).

Segundo Filgueiras e Gonçalves (2007), o governo Lula representou significativas surpresas. A trajetória histórica do candidato e do PT está organicamente relacionada aos movimentos sociais, ao movimento sindical, aos setores progressistas da Igreja e à esquerda socialista-marxista. Entretanto, fatos e acontecimentos do governo apontam para um “transformismo”⁶ promovido por Lula e pelo PT, isto é, “processo

de adesão (individual ou coletivo) ao bloco histórico⁷ dominante, por parte de lideranças e/ou organizações políticas dos setores subalternos da sociedade, com o abandono de suas antigas concepções e posições políticas” (FILGUEIRAS E GONÇALVES, 2007, p. 182).

A análise realizada por Behring (2004) explicita que, no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU)⁸; taxas de juros parametradas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União.

Essas orientações econômicas têm impactos nas políticas sociais. De acordo com Soares (2004), a tese central do governo é de que a solução para as mazelas sociais não está necessariamente na expansão do gasto social, e sim na focalização da aplicação dos recursos. Nesse sentido, o governo Lula (assim como, posteriormente, o governo Dilma) continuou, embora de forma ampliada, com a estratégia do governo de Fernando Henrique Cardoso de implementar políticas sociais compensatórias, de caráter focalizado, em detrimento de outras pautadas na lógica do direito e da Seguridade Social universalizada. Segundo Figueiras e Gonçalves,

“a política focalizada é de natureza mercantil. Concebe a redução da pobreza como um ‘bom negócio’ e transforma o cidadão portador de direitos e deveres sociais em um consumidor tutelado, por meio da transferência direta de renda. A escolha dos participantes desses programas subordina-se a critérios ‘técnicos’ definidos *ad hoc*, a depender do governo de plantão e do tamanho do ajuste fiscal, numa operação ideológica de despolitização do conflito distributivo. Formula-se uma política social que, por sua origem e natureza, nega os direitos e as políticas sociais universais” (FILGUEIRAS & GONÇALVES, 2007, p. 156).

Outro aspecto que cabe ressaltar, com relação às políticas sociais no governo Lula, seria o nascimento de um “novo populismo”⁹. As políticas compensatórias tem garantido a

O protagonismo de Lula indica outra direção, não da transformação social, mas da aliança com setores dominantes.

7 Portelli (1977) apresenta o conceito de bloco histórico formulado por Gramsci sob um triplo aspecto: o estudo das relações entre estrutura e superestrutura – essencial da noção de bloco histórico; articulação entre a sociedade política (aparelho do Estado) e a sociedade civil (direção cultural e moral) e a edificação da hegemonia para sustentar e dirigir o bloco histórico.

8 Esta desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para o pagamento de dívida pública.

9 “Para o que se quer aqui enfatizar, interessa é a dimensão política do termo populismo. (...) o ‘novo populismo’ não tem similitude com o populismo de Vargas, mas parecendo no seu reverso. O populismo no Brasil nasceu com Getúlio Vargas e foi caracterizado, entre outros aspectos, pela capacidade de o Estado conter e manipular o movimento de massas organizado. Para isso foi fundamental a destruição da organização independente dos trabalhadores, atrelando-a ao Estado, mas também a concessão de uma série de avanços no tocante às relações do capital/ trabalho e à cobertura de riscos sociais. (...) Já o ‘novo populismo’ de Lula não só *não pode* se apoiar no movimento organizado, como está a serviço dos interesses do capital internacional, em especial do financeiro” (MARQUES & MENDES, 2005, p. 165-166). Segundo Demier, as diferenças substantivas entre as políticas sociais varguista e lulista (a saber, o

onde abordam a trajetória do PT: Coelho (2012), Demier (2003), Fontes (2005), Garcia (2011) e Secco (2012).

5 Uma questão com relação à mudança de postura de Lula refere-se à Carta aos Brasileiros.

6 “Gramsci chamou a atenção para uma importante consequência da revolução passiva: a prática do transformismo como modalidade de desenvolvimento histórico, um processo que, através da cooptação das lideranças políticas e culturais das classes subalternas, busca excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social” (Coutinho, 2007).

geração de uma nova base de apoio ao governo, diferente da sindical e dos movimentos sociais. Com base nessas políticas, os governos petistas teriam obtido uma base de sustentação eleitoral entre os segmentos mais pobres da população e o governo (MARQUES & MENDES, 2005).

“Dessa maneira, a hipótese aqui desenvolvida de que começa a se desenhar uma nova base de apoio do governo Lula – baseando-se no desenvolvimento de programas de transferência de renda, com características bastante diferentes da que deu origem à formação do PT – é completada, no âmbito maior da proteção social, com a destruição do que havíamos avançado na Constituição de 1988, como fruto do processo de redemocratização do país. Em nome da estabilidade, do crescimento e do cumprimento dos ‘contratos’ com os credores internacionais e nacionais, abandona-se a idéia de universalização das políticas sociais, adotando as antigas formas assistencialistas para os pobres e deixando para os demais (embora não ricos), como única alternativa, o mercado” (MARQUES & MENDES, 2005, p. 168).

Para Marques & Mendes (2005), as políticas sociais no governo Lula estão estruturadas em três eixos que fundamentam a concepção de proteção social utilizada. O primeiro é o Projeto Fome Zero, que ficou basicamente concentrado no programa Bolsa-Família; o segundo, a contrarreforma da Previdência Social; e o terceiro refere-se ao trato dado pela equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

A ação mais importante na área social é o programa de transferência de renda Bolsa Família, criado em 2003, com o desafio de combater a miséria, através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de beneficiários.

O programa Bolsa Família, segundo Filgueiras & Gonçalves (2007, p. 164),

“transformou-se uma arma política-eleitoral e ideológica importantíssima, dando um aparente viés progressista (social) ao governo Lula, que serve para ‘compensar’ a política econômica liberal-ortodoxa adotada e reforça o discurso conservador do Banco

caráter semi-universalista e reformista da primeira – “que, embora excluísse de sua alçada os trabalhadores rurais, materializou-se em ‘direitos sociais’ válidos permanentemente para todos os cidadãos urbanos, além de uma significativa expansão *pública e universal* dos sistemas de Saúde e Educação” – e o caráter focalizado, compensatório e contrarreformista da segunda) deveriam ser buscadas “menos aos distintos perfis políticos de governantes como Lula e Getúlio do que aos diferentes momentos históricos em que estes hábeis e loquazes líderes nacionais se situaram. Enquanto o populismo bonapartista de Vargas, brotado numa etapa de significativa margem de manobra da periferia capitalista face ao centro, teve por tarefa conduzir a urbanização, a industrialização e a modernização social retardatárias do país, incorporando as amplas massas populares urbanas à esfera estatal (cidadania social e política), o lulismo não é senão uma variante timorata da social-democracia latino-americana em tempos de hegemonia do capital financeiro internacional, de contra-reformas do Estado, de sacralização da democracia-liberal e de crise estrutural de um capitalismo monopolista que avança celeremente rumo à barbárie” (DEMIER, 2012, p. 65-66). Ainda em relação ao “neopopulismo” lulista, vale conferir as polêmicas elaborações de Singer, nas quais é (positivamente) descrita uma relação bonapartista entre Lula e o “sub-proletariado”, cujo papel de principal sustentáculo de massas daquele governo se deveria, em boa parte, à política social lulista (SINGER, 2009).

Mundial sobre a pobreza, os pobres e as políticas sociais focalizadas”.

Os autores afirmam que este programa se constitui em uma política assistencialista e com potencial clientelista, isto é, manipulatória do ponto de vista político, considerando o público alvo: “uma massa de miseráveis desorganizada e sem experiência associativa e de luta por seus direitos”.

Oliveira (2007), inspirado no pensamento de Gramsci, vê no Bolsa Família a base do que ele denomina de “hegemonia às avessas”, construída durante o governo Lula:

“A classe dominante aceitou ceder aos dominados o discurso político, desde que os fundamentos da dominação que exerce não sejam questionados”. Essa hegemonia é exercida num contexto no qual “Lula converteu-se num mito, e o mito é antipolítico por excelência. Ele se coloca acima das classes, dos conflitos. (...) Você derrota a poderosa discriminação social brasileira, derrota o preconceito de classe (...), para que? Para governar para os ricos. E os ricos consentem, desde que os fundamentos da exploração não sejam postos em cheque”.

Apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, é importante destacar que o Bolsa Família não se constitui em um direito, pois trata-se de uma política de governo, fruto de uma decisão do Executivo federal, não presente na Carta Constitucional. Não sendo, portanto, uma política de Estado, fixada em lei, pode ser extinta a qualquer momento. Ressalta-se que o combate à pobreza não se pode dar apenas por políticas de transferência de renda, sendo preciso que estas estejam associadas a outras políticas sociais. Isto é, no contexto de uma política de universalização da proteção social, a garantia de renda seria compreendida como um direito. E o seu avanço não abandonaria a ideia de universalização das políticas sociais, ou seja, “não seria acompanhado com a implantação de um ‘Estado mínimo’ nos outros ramos da proteção social”¹⁰ (MARQUES & MENDES, 2005, p. 169).

A contrarreforma da Previdência Social, ocorrida no governo Lula, realizou, no âmbito do serviço público, ações restritivas de direitos que conseguiram ser implementadas durante a gestão FHC¹¹. Há uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital. Granemann (2004) destaca que a especulação financeira, promovida pelos fundos de pensão, atinge o Estado por meio dos investimentos em renda fixa que têm como importantes fontes de suas aplicações os títulos públicos. A autora ressalta ainda que essas medidas “nos reservam, como futuro, uma necessidade inarredável de endividamento público, posto que partes significativas das contribuições previdenciárias da força de trabalho estatal e privada foram cedidas aos fundos de pensão e às previdên-

10 O governo tem como proposta eliminar da Constituição de 1988 os preceitos que obrigam a União, os estados e os municípios a gastarem um percentual dos recursos arrecadados nos setores de Educação e Saúde.

11 “Direitos como aposentadoria integral, isonomia para ativos e aposentados foram subtraídos dos trabalhadores; em seu lugar novos deveres: contribuição previdenciária para os já aposentados, aumento do tempo de trabalho e de idade mínima para acesso ao direito de aposentadoria” (GRANEMANN, 2004, p. 30-31).

cias abertas” (2004, p. 32). Nesta perspectiva, o endividamento estatal é agravado e a emissão de títulos públicos é colocada como solução e, entre seus compradores, estão os fundos de pensão. Dessa forma, as contrarreformas do Estado, que tinham como objetivo solucionar as crises fiscais, são os seus principais elementos geradores.

Em síntese, a contrarreforma previdenciária do governo Lula “caracteriza-se por ser antidemocrática, antirrepublicana e ainda por promover uma redistribuição de renda às avessas, entre os servidores e o capital financeiro” (MARQUES & MENDES, 2005, p. 150-151)¹².

Com relação à participação social, segundo Moroni (2009) houve a ampliação de canais de participação, mas também houve um desrespeito à autonomia da sociedade civil. Na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados quem determina a representação da sociedade é o governo.

O que se constata é que ocorre uma multiplicidade de espaços de interlocução, mas não há uma política de fortalecimento do sistema descentralizado e participativo e, muito menos, ampliação dos processos democráticos. A participação ficou reduzida à estratégia de governabilidade¹³.

Em 2009, no segundo mandato, o governo Lula apresentou à Câmara dos Deputados a proposta de Reforma Tributária (Projeto de Emenda Constitucional - PEC 233/08), na qual propõe profundas alterações no sistema tributário nacional, com vistas à sua simplificação e desburocratização, eliminação da guerra fiscal, desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários, eliminação de distorções e cumulatividade e aumento da competitividade econômica. Tal proposta traz graves consequências ao financiamento das políticas sociais no Brasil, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), Educação e Trabalho¹⁴.

Esse projeto, se aprovado na forma atual, subtrai recursos e quebra salvaguardas constitucionais de benefícios e programas sociais e serviços públicos, atualmente protegidos pelo art. 195 da Constituição Federal de 1988. Desconstruída a capacidade de financiamento da Seguridade Social, a construção e a efetividade de direitos declarados em várias partes do texto constitucional ficam inviabilizadas.

A Reforma Tributária não interessa somente aos setores representativos do empresariado nacional ou aos governado-

res e prefeitos. É um tema que interessa a toda a sociedade. A carga tributária, o financiamento do Estado, os tributos recolhidos incidem sobre toda a população, 2/3 das receitas arrecadadas advêm de tributação sobre consumo e sobre a renda dos trabalhadores.

Segundo Salvador (2007), a construção de uma tributação mais justa e redistributiva no país passa pela recuperação e reafirmação de princípios, já existentes na Constituição Brasileira. Os princípios são o da capacidade contributiva – requisito essencial para o critério de justiça fiscal – que, associado aos princípios da progressividade e da seletividade, tende a assegurar uma tributação proporcionalmente maior para quem auferir rendimentos mais elevados, detém maior patrimônio e consome produtos menos essenciais. Dessa forma, os tributos diretos que incidem sobre a renda e o patrimônio são os que melhor atendem esse requisito. Por outro lado, os tributos indiretos que incidem sobre bens e serviços, acabam afetando a renda de pessoas e famílias que destinam maior parcela de seus ganhos ao consumo.

Nessa direção, é necessária uma reforma que não apenas racionalize o sistema tributário, mas também o torne menos regressivo, ou seja, mais justo e redistributivo. Ao mesmo tempo, é preciso ter claro que as mudanças propostas afetarão profundamente toda a Seguridade Social, colocando em risco as grandes conquistas sociais da Constituição Federal de 1988¹⁵.

Esse breve balanço das políticas sociais mostra que, apesar de algumas inovações, a agenda da estabilidade fiscal é muito forte e, conseqüentemente, os investimentos na área social são muito reduzidos, não apontando na direção de outro projeto para o país.

2.2. Segundo Governo Lula

A partir do segundo governo Lula, face ao colapso do neoliberalismo pela sua incapacidade de responder às demandas do crescimento econômico, de distribuição de renda e de equidade social, o debate do (neo) desenvolvimentismo retorna à cena no Brasil mais especificamente.

É nesta conjuntura que emergem propostas governamentais que buscam diminuir os níveis de desemprego e viabilizar o acesso ao consumo de massa por meio de medidas, como redução de impostos de bens duráveis, valorização do salário mínimo, aumento do crédito ao consumidor, programas de combate à pobreza, que impactam os indicadores de pobreza extrema, mas não conseguem reverter a desigualdade social persistente que caracteriza a sociedade brasileira.

Neste contexto, no interior das classes dominantes, criou-se um clima de otimismo sobre os rumos do desenvolvimento capitalista, que se justifica considerando que os lucros e os juros bateram recordes nos últimos anos. Além disso, este otimismo é alimentado pelo “apassivamento” das lutas da classe trabalhadora gerado pelo transformismo do PT. O conceito

12 Os autores fazem referência a Francisco de Oliveira, que caracterizou desta maneira a proposta de reforma de Lula em seminário realizado em 15 de agosto de 2003, em São Paulo.

13 No governo Lula foram criados 13 novos Conselhos Nacionais e realizadas 48 Conferências Nacionais até 2008 e três Conferências Internacionais. Segundo dados do governo, ao final do ciclo de conferências nacionais 2003/2008, mais de dois milhões de brasileiros participaram das conferências municipais, regionais, estaduais e nacional. Cabe sinalizar que 20 Conferências foram realizadas pela primeira vez. Em 2009, foram realizadas, pela primeira vez, as conferências nacionais de Segurança Pública e de Comunicação (MORONI, 2009).

14 O projeto de contrarreforma tributária extingue as contribuições sociais e incorpora esses recursos a impostos. A Seguridade Social perderia essas fontes vinculadas e de uso exclusivo, em troca da receita de uma fração da arrecadação desses novos impostos. Assim, as políticas sociais deixariam de contar com recursos exclusivos e passariam a disputar, no orçamento fiscal, recursos com os governadores e prefeitos, Forças Armadas, enfrentando ainda forte pressão de setores empresariais pelo aumento dos gastos com investimentos em infraestrutura ou por maior desoneração tributária.

15 Existem diversos manifestos contrários à proposta de Reforma Tributária (PEC 233/08). Ver: “Manifesto em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob Ameaça na Reforma Tributária” e “Por uma Reforma Tributária Justa” <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/reforma-tributaria>.

de transformismo, na perspectiva gramsciana, trata-se de um fenômeno político caracterizado pela cooptação de lideranças políticas e culturais das classes subalternas visando excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social (COUTINHO, 2010). De acordo com Oliveira (2010), esse mesmo fenômeno passou a ser identificado no Brasil, do governo Lula (2003-10), com a cooptação de centrais sindicais e de movimentos sociais, antes aguerridos, bem como de parcelas consideráveis das classes populares beneficiárias de programas assistenciais.

O novo desenvolvimentismo surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto ao socialismo (CASTELO, 2012).

Castelo (2012) aponta que diante dos sinais do desgaste do neoliberalismo, percebeu-se uma dupla movimentação na política latino-americana. De um lado, as classes dominantes readequaram o seu projeto de supremacia, ampliando significativamente uma agenda de intervenção focalizada nas expressões da “questão social”. De outro lado, uma mobilização política das classes subalternas antagônica ao neoliberalismo levou, em países como Argentina, Equador e Bolívia, à derrubada de governantes alinhados ao Consenso de Washington. Em outros países, como Brasil e Uruguai, estes governos não conseguiram se reeleger ou eleger seus sucessores. Tanto em uns como em outros, chegaram eleitoralmente ao poder coalizações partidárias com posições antineoliberais. Em alguns casos, as lideranças não mantiveram a sua linha de resistência após a posse e aderiram ao neoliberalismo por intermédio do social-liberalismo: o governo Lula, ao lado de Bachelet, talvez seja o caso mais emblemático dessa adesão ao projeto de supremacia burguesa. Em outras situações, a resistência popular radicalizou-se, e aqui o exemplo marcante é o da Venezuela.

Conforme declara Luiz Werneck Vianna (2012, p. 5-6),

“o que se tem hoje é uma tecnocracia animada pela aspiração de desenvolver, maximizar, robustecer o capitalismo brasileiro e inscrevê-lo de forma mais presente e vigorosa no cenário do capitalismo mundial. O nacional-desenvolvimentismo tinha uma conotação emancipatória, diferente de hoje. A conotação nacional desse desenvolvimentismo atual é fraca. O tema forte nele é o desenvolvimento da ordem burguesa no Brasil”.

Dessa forma, segundo Iasi (2012), inicia-se uma nova etapa da revolução passiva com acordos entre modernas e arcaicas classes dominantes sob a égide da aristocracia operária que abandonou seus projetos de socialismo antes mesmo de assumir o governo, em um processo maciço de transformismo. Consequentemente, nos deparamos com uma nova fase do capitalismo dependente: sem rupturas, reafirmando o *desenvolvimento desigual e combinado* brasileiro¹⁶.

16 A lei do desenvolvimento desigual e combinado é a teoria formulada pelo revolucionário marxista russo León Trotsky - é a base da sua Teoria da Revolução Permanente. Esta lei compreende a ocorrência simultânea, em um processo de desenvolvimento econômico, de aspectos avançados e atrasados nos países, especialmente os periféricos do sistema mundial, nos quais um setor extremamente moderno da economia pode conviver de forma combinada com o mais atrasado, resultando numa formação social particular, porém única, sem grandes contradições entre as classes dominantes. Para

Assim, Sampaio Jr (2012) afirma que o neodesenvolvimentismo é mais uma estratégia dos governos Lula e Dilma de se diferenciar dos governos FHC, do que, necessariamente, um corpo de doutrina para orientar a ação do Estado.

Nessa mesma direção, Gonçalves (2012) afirma que o conceito do novo desenvolvimentismo foi apropriado politicamente para destacar a (falsa) inflexão no processo de desenvolvimento econômico brasileiro, as (pretensas) mudanças estruturais e o desempenho econômico do país durante o governo Lula. O intuito dessa apropriação (indevida) é diferenciar o governo Lula da experiência neoliberal e do desempenho do governo FHC.

De acordo com Gonçalves (2012), a experiência de desenvolvimento econômico brasileiro durante o governo Lula expressa um projeto que se pode denominar “desenvolvimentismo às avessas”; ou seja, é ausência de transformações estruturais que caracterizariam o projeto desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960.¹⁷

Durante o governo Lula os eixos estruturantes do nacional-desenvolvimentismo foram invertidos. O que se constata claramente é: desindustrialização, dessubstituição de importações; reprimarização das exportações; maior dependência tecnológica; maior desnacionalização; perda de competitividade internacional, crescente vulnerabilidade externa estrutural; maior concentração de capital; e crescente dominação financeira, que expressa a subordinação da política de desenvolvimento à política monetária focada no controle da inflação. No que se refere ao desempenho macroeconômico, também se demonstrou que, se é verdade que no governo FHC a economia brasileira teve desempenho medíocre, também é verdade que no governo Lula esse desempenho foi fraco, tanto pelos padrões históricos do país, como pelo padrão internacional contemporâneo (GONÇALVES, 2012).

Para Sampaio Jr. (2012), o desafio do neodesenvolvimentismo consiste, portanto, em conciliar os aspectos “positivos” do neoliberalismo — compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, austeridade fiscal, busca de competitividade internacional, ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional — com os aspectos “positivos” do velho desenvolvimentismo — comprometimento com o crescimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado, sensibilidade social etc.

Assim, segundo o autor, os novos desenvolvimentistas são entusiastas do capital internacional, do agronegócio e dos negócios extrativistas. Defendem a estabilidade da ordem. Não alimentam nenhuma pretensão de que seja possível e mesmo desejável mudanças qualitativas no curso da história. São entusiastas do *status quo*. Na sua visão de mundo, desenvolvimento e fim da história caminham de mãos dadas.

Diante do exposto, segundo Pereira (2012), caberiam algumas perguntas para se avançar na reflexão. A quem os Estados nacionais capitalistas, movidos pela sedução do desen-

maior aprofundamento, ver (TROTSKY, 1985), (NOVAK, 1988), (BIANCHI, 2013), (LÖWY, 1998) e (MANDEL, 1980).

17 Em relação à ideologia desenvolvimentista que floresceu no Brasil no período situado entre o fim do segundo Governo Vargas (1951-1954) e o Golpe de Estado que pôs termo ao populismo (1964), ver (OLIVEIRA, 2003) e (TOLEDO, 1977).



volvimento (incluindo o Brasil), mais assistem hoje: aos ricos ou aos pobres? Por que o combate à concentração de riquezas não é alvo preferencial dos governos, mas, sim, a redução (ou o alívio) da pobreza?

O governo Lula, que se iniciou em 2003, deparou-se com um cenário desolador do ponto de vista das expectativas das esquerdas, caracterizado, de um lado, pelo refluxo das lutas sociais e, de outro, pela desfiguração da Constituição Federal de 1988 e desmonte das bases financeiras do sistema de Seguridade Social.

Cabe destacar a paradoxal constatação, que põe em xeque a pretensão neodesenvolvimentista do governo Lula: esse governo melhorou, sim, as condições sociais de muitos brasileiros, mas, ao mesmo tempo, melhorou muito mais a remuneração do capital financeiro, industrial e do agronegócio que operam no país. Ou seja, foi no governo Lula que o enfrentamento da pobreza absoluta teve a maior visibilidade política de sua endêmica existência, mas, paradoxalmente, isso foi acompanhado da garantia “de altos lucros, comparáveis com os mais altos da história recente do Brasil” (ANTUNES, 2011, p. 131).

Dessa forma, se a pobreza absoluta ou extrema preocupou o governo, o combate à concentração de riqueza não foi alvo dessa preocupação. Mota (2012, p. 37) ressalta que, ao *desistoricizar* a pobreza – não por naturalizá-la, mas por tratá-la como um fenômeno que pode ser gerido através de políticas compensatórias -, tornou-se possível atender algumas necessidades imediatas das classes trabalhadoras, sem romper com as exigências das classes proprietárias e dominantes.

De acordo com Paulani (2010, p. 128), a estratégia de enfrentamento da pobreza via políticas compensatórias, tal como o Bolsa Família, em vez de integrarem os excluídos,

consagra a fratura social, porque distribui uns poucos recursos àqueles que jamais conseguirão se integrar, para dar andamento à política concentradora e excludente.

2.3. Governo Dilma Rousseff

Com a vitória de Dilma, houve algumas especulações com relação às linhas gerais que seu governo adotaria, sobretudo no que diz respeito a aspectos como política econômica, política externa, combate às desigualdades, postura com relação aos temas polêmicos como a legalização do aborto e regulação social do monopólio dos meios de comunicação.

No início do governo, algumas ações mereceram preocupações como cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal (MEDEIROS, 2011).

Como ocorreu no governo Lula, a maior parte do orçamento da união para 2011 foi destinado à rolagem da dívida pública. A proposta era que R\$678,5 bilhões fossem destinados a pagar os juros e a amortização da dívida. Foi estipulada a manutenção do superávit primário em 3,1% do PIB, com a previsão de cortes de até R\$ 60 bilhões, o que equivale a todos os gastos do Ministério da Saúde (MEDEIROS, 2011).

Todas estas medidas demonstraram que o governo Dilma não enfatizaria mais o social do que o governo anterior, e, sim, do contrário, assumiria uma posição ainda mais privatista e comprometida com a manutenção do atual modelo econômico.

O corte de R\$ 60 bilhões no orçamento atingiu basicamente a área social, a saber: redução de gastos com pessoal,

incluindo congelamento dos salários (R\$ 3,5 milhões); corte de R\$ 5 bilhões no Programa “Minha Casa Minha Vida”; no Ministério da Reforma Agrária houve redução de R\$ 929 milhões; na Educação corte de R\$ 3,1 milhões; na Saúde R\$ 578 milhões; nos Desportos R\$ 1,5 milhões; no Meio Ambiente R\$ 400 milhões e no Transporte R\$ 2,3 milhões (DOMINGUES, 2011).

Em 08/12/2011, o governo Dilma aprovou, no Senado, o projeto da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que lhe permite retirar 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para, entre outras finalidades, pagar juros da dívida aos rentistas e manter o superávit primário, renovando a sua vigência até 2015.

Com relação ao combate às desigualdades, a primeira medida do governo Dilma foi solicitar uma nova definição da linha da miséria e da pobreza, tendo como único critério o da renda per capita da família. Com isso, o que se verifica é a subordinação da lógica social à lógica econômica, com belas fórmulas para combater a miséria (MORONI, 2011).

Um aspecto importante a ser destacado é que, desde os primeiros meses do governo Dilma, ficou visível a crescente insatisfação de diversos grupos sociais ligados aos setores subalternos. Várias manifestações ocorreram pelo país. Entre elas, cabe destacar (COSTA, 2011):

- A dos estudantes e trabalhadores em protesto contra a elevação da passagem dos ônibus em várias cidades do Brasil;
- Fóruns Populares em todo país debatem a situação da saúde e da educação pública, organizando mobilizações contra o processo de privatização;
- Trabalhadores da construção civil reagem às condições de super exploração impostas pelas empreiteiras – empresas multinacionais – como a Odebrecht, Camargo Correa, Queiroz Galvão, Mendes Junior e outras – nas obras do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) que é um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital.

Mais de 80 mil trabalhadores já fizeram greve nas obras espalhadas pelo Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Ressalta-se como exemplos, a Usina de Jirão (Rondônia) onde a massa em revolta incendiou ônibus, veículos e escritórios; na Hidroelétrica São Domingos (Mato Grosso) os trabalhadores incendiaram os alojamentos; no complexo do SUAPE que reúne a Refinaria Abreu e Lima e a Petroquímica, 30 mil operários entraram em greve; na Termelétrica de Pecém (Ceará), 6 mil trabalhadores ficaram parados; na Ponte sobre o Rio Madeira (Rondônia) houve 300 grevistas. Em diversas regiões, o Programa “Minha Casa Minha Vida” sofre paralisações com sete mil operários da construção civil recusando-se a trabalhar nas condições impostas.

O ano de 2012 foi marcado, no que diz respeito às lutas sociais, pela greve nacional dos professores universitários, com adesão de mais de cinquenta universidades e instituições de ensino, e demais setores do funcionalismo público federal.

De acordo com Iasi (2012a),

“o sucateamento da universidade pública e a maneira como o governo entende o setor revela uma concepção de Estado que está na base do projeto de governo que se implantou em nosso país. Vivemos uma contrarreforma do Estado e uma clara opção pela lógica do mercado e das parcerias público-privadas que tem por centro e meta principal a formação de superávits primários sangrando o fundo público para colocá-lo a serviço dos interesses do grande capital monopolista. Não há uma crise da Universidade Pública, o que há é uma clara intenção de adaptá-la, destruindo-a, para que sirva aos interesses da lógica capitalista e do mercado”.

Ainda segundo Iasi (2012b), o governo da presidente Dilma, acossado e sem respostas substantivas para oferecer ao funcionalismo público e a greve, optou por direcionar o fundo público em auxílio ao capital privado em detrimento do setor público, resolvendo apresentar como proposta projetos de Lei que limitam o direito a greve.

O ano de 2013, mais especificamente o seu mês de junho, foi marcado pelas manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da população brasileira com as suas condições de vida. Segundo Braga (2013, p. 79), “não há dúvida de que, em junho de 2013, as placas tectônicas da política brasileira movimentaram-se bruscamente”.

“As manifestações se iniciaram por protestos contra o aumento das passagens e se desdobraram para uma multifacetada pauta que tem por centro a demanda por educação, saúde, contra os gastos com a Copa e seus efeitos perversos, como as remoções, e contra uma forma de política que mostra seus limites com representantes que não representam, eleitos por muitos e defendendo os interesses de poucos” (IASI, 2013).

De acordo com Braga (2013), a massa de trabalhadores que esteve presente nas mobilizações de junho foi o “precarizado”¹⁸, manifestando sua insatisfação com o atual modelo de desenvolvimento. O autor cita uma pesquisa realizada pelo Ibope durante as passeatas do mês de junho de 2013, a que sinalizou como principais problemas apontados pelos manifestantes os seguintes aspectos: saúde (78%), a segurança pública (55%), a educação (52%) e como principal razão dos protestos mencionaram a melhoria do transporte público (77%). Nessa direção, Braga (2013) afirma que esses trabalhadores precarizados estavam nas ruas em defesa dos direitos à saúde e educação públicas e de qualidade, bem como o direito à cidade.

O governo federal diante das manifestações deu-se conta de que os tempos de desmobilização popular ficaram para trás (BRAGA, 2013).

“Por um motivo ou outro, o fato é que a ocorrência das mobilizações populares significou uma ruptura

18 Para Braga (2013, p. 82) “precarizado” seria a “massa formada por trabalhadores desqualificados e semiquilificados que entram e saem rapidamente do mercado de trabalho, por jovens à procura do primeiro emprego, por trabalhadores recém-saídos da informalidade e por trabalhadores sub-remunerados”.

brusca com o ramerrão da vida política nacional. A volta da política às ruas e às praças, quebrando o monopólio político palaciano, sintonizou o Brasil com uma nova conjuntura mundial que, marcada por cotidianas (embora não agudas) lutas contra ordem capitalista *contrarreformista*, já é visivelmente diferente da resignação social que caracterizou boa parte do período 1991-2008. Uma nova situação política foi aberta no Brasil em junho de 2013 e, ao que parece, ela ainda não pode ser dada como fechada” (DEMIER, 2013, p. 19-20).

Segundo Demier (2013), a burguesia, por meio da grande imprensa, adotou uma estratégia, baseada em três eixos táticos, para obstaculizar o crescimento dos protestos. A primeira tática foi a bandeira anticorrupção.

“Utilizada em alto volume pela imprensa em junho, a ideologia *anticorrupção* logrou um relativo êxito ao adular, em parte, o teor das mobilizações e, por conseguinte, tornar o seu desenvolvimento autolimitado. Enquanto boa parte dos “rebelados” contra a corrupção, em especial os provenientes dos setores médios conservadores, levantava propostas que ingenuamente visavam eliminá-la por dentro das estruturas do regime corrupto (por meio de PECs como a 37, leis como a da “ficha limpa” e a do enquadramento jurídico da corrupção na categoria de “crime hediondo”), outra considerável parcela dos manifestantes, mais plebeia, simplesmente rejeitava toda e qualquer atividade política, vista por ela como sinônimo de corrupção (“Abaixo os políticos!”, “Abaixo os partidos!” etc.). Tanto um posicionamento como outro mostram-se igualmente estereis, na medida em que rejeitam (por questões de classe e/ou consciência) uma perspectiva política de jaez disruptivo, antirregime, revolucionária” (DEMIER, 2013, p. 23).

O outro eixo tático foi a propagação midiática da ideologia antipartido.

“Muito habilmente, a burguesia, via grande imprensa, explorou esse desgaste com os *partidos da ordem* visando a transformá-lo, celeremente, em um desgaste com os *partidos em geral*, isto é, *como todo e qualquer partido político*. (...) empenhou-se em evitar um possível crescimento dos partidos não burgueses. Assim, a crítica midiática à participação de partidos políticos nos atos encontrava-se dirigida especificamente à participação de determinados partidos políticos, os da oposição de esquerda” (DEMIER, 2013, p. 24-25).

O terceiro e último eixo tático da burguesia para disputar e combater as manifestações foi dividir os manifestantes entre “pacíficos” e “vândalos”.

“A divisão dos manifestantes entre ‘pacíficos’ e ‘vândalos’/‘baderneiros’/‘mascarados’ operada pelo discurso midiático procurou criar um consenso que legitimasse a repressão policial nas manifestações, a qual, como ficou patente, não se limitou aos grupos de fato envolvidos nas atitudes performaticamente mais radicalizadas. (...) Durante a combativa greve dos profissionais da educação do município carioca, a vanguarda da

categoria, vinculada à oposição de esquerda, foi brutalmente tratada pelo aparato de repressão estatal” (DEMIER, 2013, p. 26-27).

A resposta da presidente Dilma às reivindicações se materializou em cinco “pactos”: pacto pela responsabilidade fiscal para garantir a estabilidade da economia e o controle da inflação; pacto pela reforma política, que inclui um plebiscito sobre o tema e a caracterização da corrupção como crime hediondo; pacto pela saúde, com a criação de novas vagas para médicos, a contratação de profissionais estrangeiros, mais vagas para estudantes de medicina e a aceleração dos investimentos na área; pacto pelo transporte público que prevê investimentos em obras de mobilidade urbana, mais desonerações e a criação do Conselho Nacional do Transporte Público para fiscalizar os gastos no setor; pacto pela educação pública.

Considera-se que as propostas apresentadas pela presidente diante dos reclamos das ruas não apresentam nenhuma mudança de fundo ou reforma estrutural para o atendimento das demandas que fizeram o país explodir, e não modificam profundamente a estrutura dos gastos com os encargos da dívida pública.

Dessa forma, cabe destacar algumas questões apontadas por Demier (2013) referente à reação às demandas sociopolíticas provenientes das ruas em junho. O autor ressalta três aspectos. O primeiro aspecto é que apesar do simbólico recuo no aumento das tarifas do transporte urbano, as outras demandas reformistas e por direitos sociais não foram atendidas. Ainda, segundo o autor, os “pactos” apresentados por Dilma não podem ser considerados como dotados de um conteúdo reformista. Outro aspecto abordado é que as propostas apresentadas acentuam o caráter *contrarreformista*.

“Tragicomicamente, o primeiro dos tais pontos do ‘pacto’ de Dilma foi justamente a promessa governamental de seguir aplicando a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), responsável diretamente pela realização do superávit primário e, por conseguinte, pela precariedade dos serviços públicos. Entre outros exemplos, vale mencionar o empenho do governo petista na execução do *privatizante* projeto da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o leilão do campo petrolífero de Libra e a aprovação pelo Senado de uma proposta de minirreforma (*contrarreforma*) eleitoral que aumenta ainda mais o peso do poder econômico nos processos eletivos. (...) Se, por um lado, o regime, mesmo enormemente pressionado, mostrou-se capaz de não recuar sequer momentaneamente em seu projeto *contrarreformista*, por outro, sua total inflexibilidade e intransigência no que diz respeito à incorporação das demandas reformistas pode vir a se converter, em uma conjuntura futura na qual se verifique uma maior organização popular, no fundamento de sua derrubada pelo movimento de massa” (DEMIER, 2013, p. 28).

A terceira dimensão que o autor assinala é a criação de artifícios jurídicos-políticos com o intuito de atacar aqueles que demandavam direitos sociais e políticos.

“Tal fato pôde ser observado na criação/aprovação, em vários estados da federação, de dispositivos legais que limitam absurdamente o direito de manifes-

tação¹⁹ (a aprovação, por várias câmaras estaduais, da proibição do uso de máscaras nos protestos populares talvez seja o melhor exemplo desses dispositivos). Como parte desse estratagema jurídico-político, destaca-se ainda a criação de *órgãos políticos de exceção* (...), os quais buscam dar amparo legal a uma verdadeira caçada policial então em curso sobre setores do movimento (...). Ainda que possa ter se mostrado funcionalmente útil a curto prazo, a exacerbada repressão policial (juridicamente acobertada) fez revelar, aos olhos de um amplo contingente populacional (...), o verdadeiro caráter de classe da democracia vigente, aumentando, portanto, o espectro social da oposição ao regime, o que pode trazer consequências danosas para o mesmo em um momento posterior” (DEMIER, 2013, p. 29).

Considerações Finais

A análise da política social nos governos analisados identifica a persistência de notórias dificuldades, cabendo destacar:

- A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.
- A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social.
- O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado.
- Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais.
- O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas.

Na conjuntura do governo Lula, constatou-se uma fragilização das lutas sociais e as entidades e movimentos sociais não conseguiram uma defesa da Seguridade Social. Desde a década de 1990, opera-se uma profunda despolitização da “questão social”, ao desqualificá-la como questão pública, política e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção da pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionada por motivações

19 “O Ministério da Defesa acaba de publicar uma Portaria que estabelece o uso das Forças Armadas para a garantia da Lei e da Ordem (PORTARIA

NORMATIVA nº 3.461 /MD, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2013). Por este ato, o governo Dilma Rousseff nos ajuda a esclarecer o real caráter de classe deste governo e seus compromissos com a ordem burguesa e a sociedade do capital. (...) E o governo respondeu, prometeu garantir a Lei e a Ordem e criar as condições para a plena realização dos megaeventos esportivos, mas não só: promove a segurança institucional para a ordem burguesa seguir seu rumo.” (IASI, 2014).

solidárias e benemerentes (YAZBEK, 2001).

A atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais tem como determinantes as mudanças na esfera do trabalho, por meio da reestruturação produtiva e das concepções pós-modernas, que enfatizam apenas o local, desvalorizando categorias mais gerais, como a totalidade social e a articulação do local com o regional e o nacional. A agenda da maioria dos movimentos tem sido elaborada a partir da agenda governamental, o que difere da ação dos mesmos nos anos 1980, que formulavam proposições para intervenção nas políticas públicas.

Por fim, Mota (2012) aponta que a trajetória do processo histórico mais recente, em especial nos governos Lula da Silva e Dilma,

“revela o ambiente no qual a dominação burguesa opera uma ‘renovação’ da sua estratégia de *passivização* da ordem, dessa feita incorporando, via mecanismos políticos ‘transformistas’, parte das reivindicações e lutas populares através dos seus aparelhos privados de hegemonia” (MOTA, 2012, p. 23).

A autora ressalta a articulação entre crescimento econômico e combate à pobreza como estratégia de conservação e modernização da ordem capitalista. Identifica-se a criação de mecanismos de intervenção sobre as situações emergenciais de pobreza, sem configurar direitos universais, ao mesmo tempo em que se promove espaços de mercantilização dos serviços sociais na esfera da saúde e da previdência, além da ampliação da precarização do trabalho. Nessa direção, os governos Lula e Dilma vêm conciliando iniciativas supostamente contraditórias: as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista (MOTA, 2012).

Pereira (2012) constata que a conjuntura mundial e brasileira da política social não é favorável, apesar do discurso do novo desenvolvimentismo. Para a autora, mais do que nunca prevalecem tendências que já vêm se impondo há algum tempo, a saber:

1. *A direitização da política social*, ou seja, que em todo mundo, inclusive no Brasil, vive-se sob o império de políticas sociais de direita e ultraliberal.
2. *A monetarização da política social* que não visa concretizar direitos sociais. O objetivo é garantir que o pobre possa conseguir, por meio do mercado, a satisfação de suas necessidades, transformando-o em consumidores.
3. *A laborização precária da política social*, isto é, como não há possibilidades de inserir todos no mercado formal, os governos têm apelado para ações empreendedoristas.
4. *A descidadanização da política social* com a autorresponsabilização dos pobres pelo seu próprio sustento; o bem-estar é dissociado da cidadania.

Ressalta-se que, na atual conjuntura de crise estrutural do capitalismo, de barbarização da vida social, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social, o desafio que está colocado é ampliar a luta coletiva, fortalecendo as lutas sociais e a organização das classes subalternas, na defesa

da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana, e um novo projeto societário anticapitalista.

Referências Bibliográficas

- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo, Boitempo Editorial, 1999.
- _____. O Brasil da era Lula. *Margem Esquerda*. n. 16. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ARCARY, V. *Um reformismo quase sem reformas: uma crítica marxista do governo Lula em defesa da Revolução Brasileira*. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2011.
- BIANCHI, A. O desenvolvimento desigual e combinado: a construção do conceito. In: *Convergência*, fevereiro de 2013. (<http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=935>)
- BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: destruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. Políticas Sociais no Governo Lula: uma reflexão. In: *Revista INSCRITA* nº 9. Brasília: CFESS, 2004.
- BRAGA, R. Sob a sombra do precariado. In: MARICATO, E. et. al. (Orgs.) *Cidades rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Boitempo / Carta Maior, 2013.
- BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 78, 2004.
- CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. In: *Serviço Social & Sociedade* n. 112. São Paulo: Cortez, 2012.
- COELHO, E. *Uma esquerda para o capital: o transformismo dos grupos dirigentes do PT (1979 - 1998)*. São Paulo/Feira de Santana, Xamã/UEFS, 2012.
- COSTA, R. *Primeiros meses do Governo Dilma confirmam: um governo a serviço do capital*. 09 de abril de 2011. Disponível em: http://www.pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2551:primeiros-meses-do-governo-dilma-confirmam-um-governo-a-servico-do-capital&catid=101:criminalizacao
- COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In: *Cadernos ABESS - Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional - nº 4*. São Paulo: Cortez; Espírito Santo: ABESS/CEDEPSS, 1991.
- _____. *A época neoliberal* (outubro de 2007). Sítio Gramsci e o Brasil. Disponível em: <http://www.acesa.com/gramsci>
- _____. Hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F. de et al. (Orgs.). *Hegemonia às avessas*. São Paulo: Boitempo, 2010.
- DEMIER, F. *As transformações do PT e os rumos da esquerda no Brasil*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2003.
- _____. Das lutas operárias às reformas reacionárias: uma proposta de periodização da trajetória do Partido dos Trabalhadores. In: *História e luta de classes*, n.º 5, 2008.
- _____. *O longo bonapartismo brasileiro (1930-1964): autonomização relativa do Estado, populismo, historiografia e movimento operário*. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, ICHF/PPGH, Niterói, 2012.
- _____. *O regime dos surdos: a democracia blindada brasileira em face das mobilizações de junho de 2013*, Dezembro de 2013 (artigo inédito) (mimeo).
- DOMINGUES, S. *100 dias de Dilma: a direita aprova*. 23 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.odiarior.info/?p=2078&print=1>
- FILGUEIRAS, L. & GONÇALVES, R. *A economia política do governo Lula*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.
- FONTES, V. *Reflexões impertinentes: história e capitalismo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005.
- GARCIA, C. *PT: de Oposição à Sustentação da Ordem*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2011.
- GONÇALVES, R. Novo Desenvolvimentismo e Liberalismo Enraizado. In: *Serviço Social & Sociedade* n. 112. São Paulo: Cortez, 2012.
- GRANEMANN, S. Necessidades da Acumulação Capitalista. In: *Revista INSCRITA* nº 9. Brasília: CFESS, 2004.
- IASI, M. L. *As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.
- _____. *A greve nacional dos professores das Universidades Federais*. 30 de maio de 2012a. Disponível em: <http://boitempoeditorial.wordpress.com/2012/05/30/a-greve-nacional-dos-professores-das-universidades-federais/>
- _____. *Lei de greve para o funcionalismo público: o ovo da serpente*. 06 de setembro de 2012b. Disponível em: <http://boitempoeditorial.wordpress.com/category/colunas/mauro-iasi/>
- _____. *Não ao pacto: avançar para um programa anticapitalista e o poder popular*. 29 de junho de 2013. Disponível em: <http://espacoacademico.wordpress.com/2013/06/29/nao-ao-pacto-avancar-para-um->

programa-anticapitalista-e-o-poder-popular/

- _____. *Dilma se rende à Lei e Ordem: a ditadura da burguesia mostra a sua cara*. 18 de janeiro de 2014. Disponível em: http://pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7004:dilma-se-rende-a-lei-e-ordem-a-ditadura-da-burguesia-mostra-a-sua-cara&catid=65:lulismo
- LÖWY, M. A teoria do desenvolvimento desigual e combinado. *Outubro*, n. 1, 1998.
- MANDEL, E. *Trotsky: um estudo da dinâmica de seu pensamento*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- MARQUES, R. M. & MENDES, A. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: *Adeus ao Desenvolvimento – a opção do governo Lula*. PAULA, J. A. de (Org). Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- MEDEIROS, J. Ilusões Perdidas. In: *Diário Liberdade*, 12 de janeiro de 2011.
- MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. In: *Participação, Democracia e Saúde*. FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEBES, 2009.
- _____. *Governo Dilma: Uma primeira análise*. 02 de março de 2011. Disponível em: <http://colunadoblogdalucia.blogspot.com/2011/03/governo-dilma-uma-primeira-analise-jose.html>
- MOTA, A. E. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Orgs) *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.
- MUSSE, R. A consciência de classe entre a negação e o consentimento (Prefácio) In: IASI, M. L. *As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.
- NETO, J. M. B. Governo Lula: uma opção neoliberal. In: *Adeus ao Desenvolvimento – a opção do governo Lula*. PAULA, J. A. de (Org). Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- NETTO, J. P. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 79, 2004.
- NOVACK, G. *A lei do desenvolvimento desigual e combinado da sociedade*. São Paulo: Rabisco, 1988.
- OLIVEIRA, F. *Crítica a razão dualista / o ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.
- _____. *Lula e a hegemonia às avessas. Entrevista*. Rio de Janeiro: O Globo, 04 de fevereiro de 2007.
- _____. et al. (Orgs.). *Hegemonia às avessas*. São Paulo: Boitempo, 2010.
- PAULANI, L. M. Capitalismo financeiro, estado de emergência econômico e hegemonia às avessas no Brasil. In: OLIVEIRA, F. de et al. (Orgs.). *Hegemonia às avessas*. São Paulo: Boitempo, 2010.
- PEREIRA, P. A. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. In: *Serviço Social & Sociedade n. 112*. São Paulo: Cortez, 2012.
- PORTELLI, H. *Gramsci e o Bloco Histórico*. Trad. Angelina Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- SALVADOR, E. A distribuição da carga tributária: quem paga a conta? In: SICSÚ, J. (Org.). *Arrecadação (de onde vem?) e gastos públicos (para onde vão?)*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- SAMPAIO Jr., P. A. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. In: *Serviço Social & Sociedade n. 112*. São Paulo: Cortez, 2012.
- SECCO, L. *História do PT*. 3ª ed. São Paulo: Ateliê, 2012.
- SINGER, A. “Raízes sociais e ideológicas do lulismo” in *Novos Estudos Cebrap*, nº 85, 2009
- SOARES, L. T. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Lula. In: *Governo Lula – Decifrando o Enigma*. SOARES, L. T.; SADER, E.; GENTILI, R.; BENJAMIN, C. (Orgs.). São Paulo: Viramundo, 2004.
- TOLEDO, C. N. *ISEB: fábrica de ideologias*. São Paulo: Ática, 1977.
- TROTSKY, L. *A revolução permanente*. 2ª edição. São Paulo: Kairós, 1985.
- VIANNA, L. W. A modernização brasileira e a política burguesa cinzenta. *IHU On-line*, n. 392, 2012. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOn-lineEdicao392.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012.
- YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. In: *Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS*, nº 3, ano III, jan.-jun. 2001.

Sites Consultados

Instituto de Estudos Socioeconômicos:
<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/reforma-tributaria>

1.2. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde

Francisco Batista Júnior

Introdução

Com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, presidente da República, em 2002, criou-se uma expectativa muito grande de que finalmente a saúde e o Sistema Único de Saúde em particular, teriam um tratamento adequado e que finalmente poderíamos de fato implementar o SUS de acordo com os seus princípios e a proposta histórica do movimento social.

Afinal, o Partido dos Trabalhadores, Partido do Presidente eleito, tinha em seus quadros um número bastante razoável de atores com participação importante nesse debate, alguns, inclusive, com atuação durante a Assembleia Nacional Constituinte, que produziu a Constituição de 1988 e garantiu o Sistema Único de Saúde e o capítulo da Saúde e da Seguridade Social.

Dois sucessivos mandatos de quatro anos de Luís Inácio Lula da Silva após e no último ano do mandato de quatro anos da sua sucessora, podemos afirmar que os graves problemas que assolam o SUS foram aprofundados, a partir de políticas equivocadas que em muito pouco, diferem do que até então foi realizado pelos governos anteriores.

1. A Equivocada Responsabilização apenas pelo Subfinanciamento

Sistematicamente e diria mesmo de forma absolutamente irresponsável, têm-se colocado na conta do histórico e real sub financiamento, a justificativa para as mazelas do Sistema. Esse tem sido o discurso particularmente de gestores e até de ex gestores e ex ministros, talvez como forma de justificar a falta de resposta e a falência das suas gestões.

É mais que óbvio que o SUS é subfinanciado! Isso é notório sob qualquer ótica que observemos. Jogar nessa rubrica, no entanto, toda a responsabilidade pelas dificuldades, é má fé ou falta de conhecimento conceitual da proposta do SUS. Entre 2002 e 2014, por exemplo, a soma dos recursos federais destinados à área de saúde/SUS teve um incremento de quase

200%. Mesmo assim, todos os fatos nos autorizam a afirmar que as dificuldades só têm aumentado.

É por questões como essa que discordamos do movimento Saúde + 10, que liderado por conservadores e arautos da saúde privada, reivindica um financiamento maior para o SUS, sem, no entanto, se dispor a debater como utilizar esses recursos.

2. É o modelo, estúpido!

Isso acontece exatamente porque a questão a ser debatida e enfrentada é o Modelo que foi imposto ao SUS, desde que ele começou a ser estruturado e implantado no país. É indiscutível a distância enorme que separa aquilo que está escrito na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS, e o que é colocado na prática em todos os municípios e estados do país.

Essa distância que existe entre a teoria e a prática acontece exatamente em função da implantação do SUS acontecer, não para ser a política transformadora pensada na reforma sanitária, mas sim para atender aos interesses fisiologistas, corporativistas, mercantilistas e patrimonialistas que nor-teiam a administração do Estado brasileiro.

Dessa forma, temos um modelo de SUS absolutamente discrepante do seu conceito legal e ideológico, um modelo inviável, insustentável e que acaba sendo, ironia das ironias, excludente. É uma epopeia cada vez mais sofrida, por exemplo, a busca pela realização de procedimentos, muitas das vezes nem tão especializados como poderia se imaginar.

3. A privatização avança nas ações e serviços

O primeiro grande equívoco do governo Lula, e que continua se aprofundando no governo Dilma, foi o avanço da

privatização das ações e serviços, através da contratação de forma substitutiva à rede pública, de serviços privados, desvirtuando e desrespeitando solenemente a Constituição Federal e a lei orgânica do SUS¹.

Essa opção ideológica, colocada em prática em todos os níveis de atenção, estimulou a mercantilização do trabalho médico particularmente, beneficiado diretamente que é por uma realidade caracterizada por uma indiscutível reserva de mercado.

Com a rede própria do SUS fragilizada e os profissionais médicos optando pelo exercício profissional na rede privada contratada/conveniada, a população e os gestores ficaram totalmente reféns da rede privada e das corporações profissionais organizadas em instrumentos de intermediação de mão de obra denominados “cooperativas”, formando verdadeiros cartéis pelo país afora.

O gasto com “cooperativas” médicas no Rio Grande do Norte, por exemplo, aumentou 278% num período de quatro anos, saltando de R\$ 2.263.626,00 em 2010 para R\$ 8.571.657,83 em 2013, um quadro que certamente se reproduz em maior ou menor grau em todo o país, inviabilizando política e financeiramente o Sistema².

Com isso criou-se o ambiente ideal para a proliferação da saúde suplementar, fomentando a criação de planos de saúde privados, estimulados pelo surgimento de uma clientela emergente beneficiada pelo crescimento da economia no primeiro governo Lula e pelas políticas governamentais compensatórias e de financiamento individual.

Em 2013, a saúde suplementar atingiu o número de 50,27 milhões de beneficiários de assistência médica (um crescimento de 4,6% em relação a 2012), e 20,74 milhões de beneficiários de planos odontológicos, aumento de 8,2% em relação a 2012. A receita das operadoras médico-hospitalares 79,9 bilhões de reais até o terceiro trimestre de 2013, com um aumento de 17,2% em relação ao mesmo período de 2012³.

Esse modelo adotado no SUS é caracterizado basicamente por um financiamento executado a partir de procedimentos realizados, ou seja, na lógica de mercado que sabemos bem, é absolutamente incompatível financeira e politicamente, com uma ideia de Sistema de saúde que se propõe universal e integral.

Um serviço privado, com ou sem fins lucrativos, que opera na lógica de mercado e, por conseguinte, na busca do lucro num caso ou de se viabilizar nesse “mercado”, no outro, sempre terá a necessidade de aumentar os valores cobrados pelos procedimentos que realiza. O resultado é a impossibilidade de financiamento público pleno e a consequente exclusão das pessoas, submetidas às filas e ao processo de judicialização.

4. A privatização da gestão e da gerência avança em todo o país

Quando nos reportamos à gestão do Sistema e à gerência dos serviços, percebemos que a situação se agravou consideravelmente. Até 2002, nós tínhamos as organizações sociais e OSCIPs vampirizando os serviços e os recursos públicos, em talvez no máximo, cinco estados da federação. Hoje, estimulados pelo próprio ministério da saúde, as ditas organizações assaltaram todos os estados do país, aprofundando a precarização do trabalho, o assédio moral, o fisiologismo nas contratações e na gestão, a ineficiência no trabalho e a burla ao concurso público.

Não satisfeito com esse quadro deplorável, o governo Dilma coloca outra vez na pauta, as fundações de direito privado, absolutamente falidas e eivadas de denúncias em estados onde foram criadas, como Bahia e Sergipe, e aprovou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH para administrar os Hospitais Universitários, uma “empresa” que nada mais é do que a fundação de direito privado com todos os seus vícios e mazelas, mas com outra roupagem.

Frise-se que essa verdadeira privatária das ações, serviços, gestão e gerência no SUS, acontece, contrariando todas as deliberações e resoluções dos colegiados e dos eventos que compõem o seu chamado controle social, os conselhos, as plenárias e as conferências de saúde.

5. A força de trabalho precarizada, desestimulada e o programa “mais médicos”

Em referência a força de trabalho, a realidade não é menos traumática, muito antes pelo contrário. Vítimas das organizações sociais, das OSCIPs, das fundações de direito privado e agora da EBSERH, os trabalhadores do SUS enfrentam dificuldades que os colocam sem dúvida entre os trabalhadores do país mais agredidos pelas inadequadas condições salariais e de trabalho.

Lutando heroica e sistematicamente contra a discriminação e a hierarquização social, cultural e politicamente estabelecida na saúde, os trabalhadores sofrem agora os ataques diretos e indiretos da proposta do “mais médicos”.

É ponto indubitável uma realidade caracterizada pela carência de médicos em todo o país. A privatização do SUS e a sua própria rede, mesmo sucateada, o modelo de atenção médico centrado e o crescimento exponencial da saúde privada bem como da saúde suplementar, demandam um número de médicos que estamos longe de dispor no país.

Dessa forma o governo acerta quando se dispõe a formar e trazer médicos de outros países, como forma eminentemente emergencial de começar um processo de enfrentamento do problema. Sem nesse momento entrar no mérito da forma de contratação, uma polêmica a ser melhor equacionada, o governo erra de uma forma absolutamente irresponsável quan-

1 Artigo 8º da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

2 Portal da Transparência do Governo do Estado do RN.

3 Caderno de Informação da Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar, edição de dezembro de 2013.

do põe em prática o programa, aprofundando a supervalorização dos médicos e em consequência a discriminação de todos os demais trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional em saúde.

Pagando uma remuneração muito acima do razoável, para a nossa realidade, o governo nivela por cima o tratamento salarial dos médicos, enquanto discrimina violentamente outros profissionais, como são os casos exemplares e diretos dos dentistas e dos enfermeiros no Programa de Valorização da Atenção Básica, PROVAB. Prefeitos de todo o país são hoje pressionados pelas corporações, por remuneração nunca inferior a que o governo federal estabeleceu para o PROVAB e o mais médicos.

De outro lado, irresponsavelmente o governo passa para a população do país, a informação nem tão subliminar assim, de que o problema da saúde é exclusivamente a “falta de médicos” e que isso será resolvido com a implantação do Programa. Dessa maneira, temos o fortalecimento e aprofundamento cada vez maior da cultura médico centrada e da falta de perspectivas reais de estruturação da rede pública e do trabalho multiprofissional em saúde.

Impossível consolidar o SUS sem que definitivamente a atenção básica seja estabelecida como o “carro-chefe” do Sistema, com o governo federal chamando para si a tarefa de, junto com governos estaduais e municipais, estruturá-la física, financeira e politicamente em todos os municípios do país.

Impossível consolidar o SUS sem que se promova de imediato a desprivatização do Sistema nas ações, gestão, gerência e na força de trabalho, extinguindo as organizações sociais, OSCIPs, fundações de direito privado, EBSERH, cooperativas, terceirizações de trabalhadores e toda e qualquer possibilidade de “parceria” privada, substituindo a rede privada contratada pela rede eminentemente pública estatal fortalecida, estruturada e ampliada.

Impossível consolidar o SUS sem que se profissionalize sua gestão e gerência, sem prover os serviços de autonomia financeira, política e administrativa, contratualizada, sem uma formação adequada da sua força de trabalho, sem a criação do Serviço Civil em saúde e a implantação de uma Carreira Única de Estado, para todos os seus trabalhadores, que lhes garanta valorização e perspectivas plenas.

Sem esses novos paradigmas, totalmente sintonizados com a proposta histórica do Sistema Único de Saúde contida na Reforma Sanitária, o “mais médicos” se esgotará em seus próprios limites e num curto espaço de tempo. Concomitantemente, aprofundará mais ainda os equívocos da cultura vigente e dominante, tornando muito mais difícil e complexo a sua reversão.

6. Farmácia popular e o capitalismo sem risco na assistência farmacêutica

Uma das áreas onde a população também tem sofrido à exaustão é a assistência farmacêutica.

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma proposta polêmica e que foi discutida à exaustão, o Programa Farmácia Popular. A proposta aprovada no CNS estava inserida numa perspectiva de, através do Poder Público, começar-

mos a estruturar uma rede pública de farmácias que atuariam como efetivos serviços de saúde, atendendo a população de forma diferenciada e qualificada, criando uma nova cultura de medicamento como bem de saúde e se contrapondo a lógica da farmácia privada como um mero comércio e o medicamento, uma mercadoria.

Assim, Farmácia Popular seria um programa de Farmácias Públicas, que teria que estar vinculado a alguma instituição governamental, mas sem fazer parte diretamente do SUS, uma vez que o usuário a ser atendido pelo programa teria que pagar o correspondente a 10% do valor do medicamento.

As Farmácias teriam um quadro de profissionais treinados especificamente para o serviço, por ser diferenciado, e, farmacêuticos habilitados realizariam a atenção farmacêutica individual e qualificada. Seu financiamento não poderia comprometer o financiamento da assistência farmacêutica básica e o Programa deveria avançar para o atendimento sem qualquer custo adicional ao usuário do medicamento.

Desgraçadamente, o governo tem feito tudo absolutamente diferente do que foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, o que, diga-se, tem sido a lógica estabelecida. “Farmácia Popular/Saúde não tem preço” tornou-se mais uma violenta privatização na área de saúde, beneficiando mais de 30.000 estabelecimentos privados que, sem qualquer contrapartida e num capitalismo totalmente sem risco, recebem do governo, 90% do valor de mercado pelo medicamento que é dispensado, “despachado” na verdade, às pessoas.

Denúncias feitas em órgãos da mídia apontam para custos que em algumas situações chegam a mais de 3.000% do valor do medicamento, irregularidades nas Farmácias contratadas e comprometimento do financiamento público da assistência farmacêutica básica.

Para termos uma ideia, o Programa, que começou com um financiamento de aproximados 300 milhões de reais, alcançou 914 milhões em 2011, R\$ 1,400 bilhão em 2012 e ultrapassou os dois bilhões de reais em 2013, um crescimento de 120% no período de dois anos apenas e de mais de 700% desde a sua criação e implantação.

Enquanto isso o Farmácia Básica teve um bilhão de reais em 2011, R\$ 1,150 bilhão em 2012 e apenas R\$1,230 bilhão em 2013, um crescimento de meros 16% no período. É a prova indiscutível da opção pela privatização em todas as áreas da saúde.

Enquanto isso, nos pregões que realizam para a aquisição de medicamentos, os municípios conseguem adquirir os mesmos medicamentos por preços infinitamente menores.

De outro lado e em função da opção pelo desfinanciamento do Programa Farmácia Básica, todos os municípios do Brasil sem exceção, enfrentam dificuldades para atender a suas populações nessa área tão vital e decisiva ao SUS e à saúde das pessoas. Além disso, muitos gestores começam a se desresponsabilizar pela aquisição dos medicamentos que são da sua alçada, orientando os pacientes a buscarem nas “Farmácias Populares” o que seria do seu direito na rede pública.

7. O (des)controle social

Como a do próprio Sistema, a “vida” do chamado “controle social” do SUS nunca foi fácil. Afinal, num país historicamente autoritário e excludente como o nosso, termos o exercício da democracia participativa de forma plena, numa área tão estratégica para um Projeto de Estado como a Saúde, não é tarefa das mais simples. Os ataques ao SUS têm corrido par e passo com os ataques ao seu controle social.

Avançando em alguns momentos da história e retrocedendo em outros, é fato que o controle social não foi ganho ainda pela população e pelo movimento social.

A partir do governo Lula, as maiores transformações aconteceram no Conselho Nacional de Saúde, com importante repercussão no restante do país. Uma profunda reestruturação, ampliação e democratização da sua composição e eleição do seu presidente, Mesa diretora e de suas entidades constituintes, foram passos fundamentais.

Entre 2006 e 2010, o Conselho Nacional de Saúde pôs em prática um processo de aproximação com os conselhos estaduais e municipais do país, contribuindo para o fortalecimento dessas estruturas. Promoveu articulações importantes com outras instituições de controle como o judiciário, legislativo, Ministério Público e Tribunal de Contas da União e realizou eventos estaduais, regionais, nacionais e internacionais, da mais alta envergadura.

Coordenou a maior e mais qualificada Conferência Nacional de Saúde, a 13ª, marcada pela qualificação do debate da saúde, pela defesa do SUS público estatal e contra qualquer forma de privatização, e num momento histórico, derrotou de forma avassaladora, a proposta governamental das fundações de direito privado.

Grandes seminários para debater financiamento e gestão do SUS e do Estado, a Primeira Caravana Nacional em Defesa do SUS, massivas Plenárias de Conselhos de Saúde e a Primeira Conferência Internacional para o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, tornaram o CNS uma referência nacional e mesmo internacional.

Com o governo Dilma, o Conselho Nacional de Saúde sofreu um retrocesso que demandará anos e muita luta do movimento social para superar. Uma articulação com as entidades de usuários principalmente, resultou no que denomino de “intervenção branca” no CNS. O ministro da saúde foi “eleito” presidente do colegiado num primeiro momento, e desde então, mesmo com a sua substituição, o silêncio do colegiado em relação aos grandes temas que têm sido colocados na Pauta nacional, tem sido constrangedor.

Não tenho dúvidas em afirmar que a autonomia e independência do Conselho Nacional de Saúde foram feridas de morte, e todos os fatos comprovam isso. Mesmo com o empenho indiscutível de importantes entidades parceiras, é longa a lista de decisões do colegiado que são solenemente ignora-



das pelo gestor e isso tem tido repercussão em todo o país, se reproduzindo também nos conselhos estaduais e municipais. Mais do que nunca o papel das entidades progressistas e comprometidas com o SUS e com o nosso Projeto de Estado, no Conselho Nacional de Saúde, tem sido de resistência.

Considerações Finais

Apesar desse quadro de absoluta desconstrução, o SUS continua cumprindo um papel que nenhum outro Sistema em qualquer outro país consegue dispor.

Antes de fazermos eco a parte das denúncias que a grande mídia faz regularmente, e sem em nenhum momento negar irresponsavelmente as dificuldades e contradições que o SUS enfrenta, não podemos jamais deixar de fazer a defesa do Sistema, dos seus trabalhadores e do muito que ele tem diuturnamente feito pela e para a população brasileira. Isso se deve ao empenho dos trabalhadores e bons gestores que o constroem no dia a dia, bem como ao imenso potencial que encerra, mesmo com os ataques que sofre.

Deduzimos dessa maneira que os desafios a serem enfrentados pelo movimento social na defesa do SUS são infinitamente maiores e mais complexos. Temos um governo que além de fazer as opções que faz, se utiliza de uma propaganda incessante, utilizando uma linguagem de fácil apelo e ações que em algumas situações, como são os casos dos Programas “Farmácia Popular” e “Mais médicos”, apresentam de fato, resultados imediatos.

São resultados, sabemos bem disso, superficiais, ilusórios, a um custo insustentável do ponto de vista financeiro e político, que, no entanto aprofundam os reais problemas estruturais que o SUS enfrenta. A tarefa imediata é conseguir dialogar com a população numa linguagem acessível, mas que traduza os aspectos conceituais a serem considerados.

Ao mesmo tempo, ampliar as mobilizações em todas as regiões, estados e municípios do país, organizando os Fóruns, o movimento social e realizando atividades que possibilitem uma defesa mais forte e organizada do SUS em todas as esferas de intervenção política e jurídica.

PARTE II -
RELAÇÃO
PÚBLICO-PRIVADO
NA SAÚDE



2.1. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão

Gustavo França Gomes

Apresentação

O Sistema Único de Saúde, durante a última década, foi objeto de intenso debate entre usuários, profissionais, gestores, assim como entre especialistas e acadêmicos. Embora ainda não efetivado como previsto pelo constituinte, o SUS vem sendo substancialmente alterado por propostas de novos modelos de gestão.

O plano de reforma de Estado apresenta a substituição da administração direta por entidades de direito privado como a melhor gestão para os recursos financeiros e humanos da saúde pública. Os defensores desse modelo de gestão alegam que o regime privado de contratação de profissionais, de bens e serviços possibilita mais eficiência na assistência à saúde da população. Organizações sociais, fundações públicas de direito privado e empresas públicas foram apresentadas como soluções para gerenciar a saúde pública.

Contudo, a maioria dos profissionais e usuários argumenta que o regime público é imprescindível para garantia da qualidade e do acesso à prestação dos serviços. Desse modo, essa polêmica envolvendo as mudanças no modelo de gestão do SUS não se restringiu às universidades ou ao governo. Ao contrário, tornou-se principal motivador da formação de diversos movimentos sociais que se opuseram nos conselhos e nas conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde às propostas que consideraram violadoras do direito à saúde.

Além dessa oposição nas instâncias do controle social do SUS, em conferências e conselhos, a aprovação legislativa da criação dessas entidades privadas para gerir o SUS encontrou resistência nos parlamentos estaduais e municipais. As galerias de diversas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas foram ocupadas por manifestantes durante a aprovação dessas leis nos estados e municípios.

Outro âmbito de forte resistência institucional à gestão privada foi o jurídico. O Ministério Público, sindicatos e outras entidades ajuizaram ações contrárias à atuação das entidades privadas no SUS nas quais eram questionados diversos dispositivos colidentes com as regras e princípios previstos na Constituição de 1988.

Após inúmeras experiências, denúncias e estudos sobre esses novos modelos de gestão já são possíveis algumas conclusões. O objetivo do presente artigo é contribuir para esse debate público que foi alçado pela população para o centro da arena política durante as maiores mobilizações populares ocorridas no Brasil em junho de 2013. Desse modo, serão analisados os princípios de funcionamento do Sistema Único de Saúde, algumas características dos modelos privados de gestão propostos e, por fim, os questionamentos jurídicos e sociais em relação às experiências de gestão privada do SUS.

1. A Constituição de 1988 e os princípios do Sistema Único de Saúde

As políticas públicas de saúde ganharam impulso no Brasil com o processo de redemocratização política na década de 1980 quando os movimentos sociais conseguiram maior visibilidade para os projetos de reforma sanitária e psiquiátrica.

A VIII Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco da ascensão da agenda de reformas, visto que culminou com a aprovação de diversas propostas encaminhadas pelos usuários e trabalhadores da área da saúde, que influenciaram no posterior processo constituinte e na inclusão da saúde entre os direitos sociais garantidos pelo Estado:

A VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados (...). O relatório final foi divulgado amplamente entre os participantes e delegados. O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária, foram avanços na perspectiva de acu-

mular forças para efetivação dessa reforma (BRAVO, 2011, p. 110).

O relatório final da conferência, além de propor a implantação do Sistema Único de Saúde, previa também a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária com a principal atribuição de defender as propostas do relatório junto à Assembleia Nacional Constituinte. Desse modo, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, tornou-se uma verdadeira “pré-constituente” decisiva para elaboração do capítulo referente à saúde da Constituição de 1988:

a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada a pré-constituente e seu relatório final propõe a implantação do Sistema Único de Saúde, relatório este que serviu de subsídio para elaboração do capítulo da Saúde na Constituição brasileira de 1988. É por isto que dizemos que o SUS saiu da 8ª Conferência Nacional de Saúde direto para a Constituição do Brasil (BALSEMÃO, 2003, p. 289).

De fato, a Carta Magna caracterizou-se por inscrever a saúde entre os direitos constitucionais fundamentais. Conforme previsão expressa no seu artigo 196, o acesso à saúde foi definido como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A saúde tornou-se, então, “um direito de todos e um dever do Estado”. Contudo, o constituinte foi além na intenção de efetivar objetivamente o direito à saúde. Para que o mesmo não ficasse restrito a uma folha de papel, instituiu o Sistema Único de Saúde como um conjunto de políticas públicas garantidoras da assistência à população brasileira.

Tornar a saúde um dever do Estado não significou, entretanto, a proibição da atuação privada na área de saúde. Não obstante o Estado ficar obrigado a prestar esses serviços públicos através do SUS, o artigo 199 da Constituição de 1988 estabeleceu também que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Desse modo, foi autorizada a venda de serviços de saúde, com finalidade lucrativa e comercial, no livre mercado. Desse modo, podemos identificar no ordenamento jurídico brasileiro dois regimes jurídicos distintos que regulamentam as atividades de saúde: os regimes público e privado.

A definição de um regime jurídico está inevitavelmente associada a um conjunto de princípios e regras ao qual determinada atividade está subordinada. Conforme salientou Celso Antonio Bandeira de Mello, o conceito de serviço público “só tem préstimo e utilidade se corresponder a um dado sistema de princípios e regras; isto é, a um regime, a uma disciplina peculiar” (BANDEIRA DE MELLO, 2005, p. 634).

Há conseqüentemente tratamento diferenciado de acordo com a finalidade da prestação da assistência. Quando a finalidade da prestação for o interesse público na efetivação do direito à saúde, estaremos diante de um serviço público submetido ao regime jurídico público administrativo com suas regras e princípios mais restritivos. Na hipótese da assistência à saúde ser ofertada mediante contrato entre paciente e empresa de saúde com fins lucrativos, corresponderia essa prestação a uma atividade econômica regulada pelo regime

privado contratual com as cláusulas especiais relativas às especificidades da regulação da saúde.

2. Regime jurídico público do Sistema Único de Saúde (SUS)

O regime jurídico público dos serviços de saúde refere-se ao conjunto de princípios e regras do Sistema Único de Saúde que rege a prestação da assistência por entidades e órgãos públicos, assim como pelas entidades privadas contratadas ou conveniadas pelo SUS. Esses princípios encontram seus fundamentos nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

A Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) acrescenta ainda algumas outras diretrizes e princípios àqueles previstos na Constituição Federal, aos quais as entidades estatais ou privadas que operam no Sistema Único de Saúde devem observância:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

Esses princípios são os pilares de sustentação e organização dos serviços públicos de saúde que devem ser efetivados através do Sistema Único de Saúde. A prestação de serviços no âmbito do SUS que ignore ou colida com tais princípios é inconstitucional, pois viola o direito humano à saúde protegido pela Carta Magna brasileira de 1988.

Portanto, a compreensão desses princípios constitucionais do SUS é fundamental para gestores, trabalhadores e usuários do sistema. Desse modo, podemos identificar na legislação nacional os seguintes princípios públicos inerentes ao Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, federalismo colaborativo, participação da comunidade e direito à informação.

O princípio da universalidade corresponde à garantia constitucional que assegura o acesso à saúde a todos os cidadãos e em todos os níveis de assistência conforme previsão do *caput* do artigo 196, CF, que expressamente garante o “acesso universal e igualitário” aos serviços de saúde, e do art. 7º, I, da Lei 8.080 de 1990, que prevê a universalidade do acesso em todos os níveis de assistência no âmbito do SUS. Desse modo, discriminações ou privilégios de qualquer espécie seja de gênero, raça, orientação sexual ou classe social são vedados nos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.

A intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações à Administração Pública para que forneça gratuitamente medicamentos em uma variedade de hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde (BARROSO, 2010, p. 875).

A gratuidade dos serviços prestados no âmbito do SUS é então uma consequência imediata do princípio da universalidade haja vista que a cobrança de valor pecuniário criaria discriminações, obstáculos ou mesmo impedimentos para a população de baixa renda usufruir o direito a uma vida saudável.

O princípio da integralidade, previsto no art. 198, II, da CF e no art. 7º, II, da Lei 8.080/1990, estabelece que seja também garantido ao cidadão o acesso à melhor assistência preventiva ou curativa, individual ou coletiva e em todos os níveis de complexidade de acordo com o estado de desenvolvimento científico e tecnológico existente.

Em síntese, por força do princípio da integralidade, os usuários efetivos do SUS fazem jus a receber atenção adequada e completa dos serviços públicos de saúde a todas suas necessidades de manutenção ou

recuperação da saúde, desde que compatíveis com as atribuições administrativas desses órgãos, independentemente da complexidade ou do custo econômico-financeiro (WEICHERT, 2010, p.117).

Desse modo, não é possível negar ao usuário à assistência motivada por outras razões como a indisponibilidade de equipamentos e insumos ou insuficiências orçamentárias. A crescente judicialização dos pedidos de medicamentos, por exemplo, é fenômeno fundamentado justamente no princípio da integralidade.

Em relação às competências e à forma de gestão do SUS, a Constituição de 1988 prevê os princípios da participação comunitária e do federalismo colaborativo. Este último pressupõe uma descentralização político-administrativa (art. 198, I, CF), porém, com as ações em cada esfera do governo integradas por uma direção única embora com ênfase nos serviços municipais (art. 7º, IX, da Lei 8.080/1990). Por conseguinte, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no exercício de suas competências na área de saúde, devem constituir-se como um sistema articulado que, com a conjugação de seus recursos financeiros, objetiva criar uma rede de assistência única à população (art. 7º, XI, da Lei 8.080/1990).

Para isso, todos os entes federativos devem organizar seus serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos e, assim, conjugar seus recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

Destaca-se, igualmente, o princípio fundamental da participação comunitária ou do controle social do Sistema Único de Saúde. A participação dos usuários e trabalhadores, em conjunto com os gestores, foi instituída na Constituição como forma de efetivar as políticas públicas de saúde conforme estabelecem o art. 198, III, da CF e o art. 7º, VII, da Lei 8.080/1990.

Para efetivar o princípio do controle social do SUS, através da participação popular, foram criados os seguintes instrumentos: as conferências de saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde. A Lei 8.142/1990 regulamentou tais instrumentos de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

Conforme estabelecem os parágrafos §§ 1º e 2º do art. 1º da referida lei, as conferências de saúde reunir-se-ão a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Já os conselhos de saúde seriam órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo a representação destes últimos, assim como nas conferências, paritária em relação aos demais segmentos (art. 1º, § 4º, da Lei 8.142/1990).

Esses conselhos possuiriam caráter permanente e deliberativo e atuariam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Por fim, o direito à informação, expresso no art. 7º, V e VI, da Lei 8.080/1990, apresenta-se como corolário do controle social do SUS, pois

sem informação a participação dos trabalhadores e usuários ficará prejudicada na formulação das propostas para gestão do SUS, mesmo que assegurada sua representação nas conferências e conselhos de saúde.

Os princípios de universalidade, integralidade, participação comunitária, de federalismo colaborativo e direito à informação correspondem aos parâmetros essenciais que constituem o regime jurídico público do Sistema Único de Saúde. Esses mesmos princípios não se aplicam, porém, às atividades privadas de assistência à saúde que se submetem a diretrizes diferenciadas de funcionamento. A atividade privada na área da saúde, denominada suplementar, obedece às regras próprias aplicadas às atividades econômicas, ou seja, apenas subordinam-se a fiscalização e regulamentação exercidas pelo Estado através do Poder Executivo e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As operadoras privadas de planos de saúde não são, assim, obrigadas a atender pacientes ou ofertar tratamentos que não estejam cobertos pelos contratos. Não há gratuidade ou integralidade nos serviços privados de saúde. Não obstante as derrogações contratuais inerentes à dignidade humana na área de saúde, o regime jurídico aplicado à saúde suplementar é idêntico àqueles destinados às sociedades empresariais cujos fins são lucrativos.

Conclui-se que há dois regimes jurídicos, ou seja, dois conjuntos de regras distintos na área da saúde brasileira: o regime jurídico público, aplicado exclusivamente ao Sistema Único de Saúde, e o regime privado, aplicado às atividades privadas da saúde suplementar que não se subordinam aos princípios específicos do SUS.

Ressalta-se, contudo, que a iniciativa privada também não foi proibida de atuar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ao contrário, a presença de entidades privadas no âmbito do SUS foi permitida, ainda que de forma excepcional, para complementar a prestação de serviços de saúde quando o Estado não conseguir suprir com sua própria estrutura as demandas dos usuários. Desse modo, através de convênios ou contratos de gestão, o Estado foi autorizado a celebrar parcerias com entidades privadas, preferencialmente filantrópicas, para expansão do acesso à saúde.

A justificativa para a permissão da assistência por entidades privadas no SUS fundamentava-se então na insuficiência da rede estatal em garantir a cobertura de todo o território nacional para assegurar o acesso à saúde universal. As entidades privadas que, em parceria com a Administração Pública, atuam na saúde complementar também estão submetidas ao regime jurídico público do SUS e seus princípios e regras embora possuam natureza privada.

Em suma, podemos identificar três espécies de atividades no âmbito da saúde previstas na Constituição de 1988: estatal, complementar e suplementar. Essas espécies de atividades estão sujeitas, no entanto, a dois regimes jurídicos distintos: o público e o privado. Assim, a assistência à saúde no Brasil pode ser prestada como serviço público (saúde estatal e saúde complementar) ou como atividade econômica (saúde suplementar).

A saúde suplementar está submetida ao regime jurídico privado e às regras de funcionamento das sociedades que

atuam no livre mercado. Ao contrário, a saúde estatal e a saúde complementar submetem-se ao regime jurídico público dos princípios e das regras próprias do Sistema Único de Saúde.

3. A inconstitucionalidade dos novos modelos de gestão da contrarreforma do Sistema Único de Saúde (SUS)

As reformas sanitárias conquistadas na VIII Conferência Nacional de Saúde e asseguradas como direitos sociais fundamentais na Constituição de 1988 foram atacadas a partir da década de 1990 com o avanço do projeto neoliberal no Brasil. Direitos sociais e trabalhistas foram retirados ou flexibilizados através de diversas emendas à Constituição. Desse modo verificou-se uma verdadeira contrarreforma:

Esteve em curso no Brasil dos anos 1990 uma contrarreforma do Estado, e não uma “reforma”, como apontavam – e ainda o fazem – seus defensores. Uma contrarreforma que se compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas (BEHRING, 2008, p. 281).

De fato, o que se verificou foi um retrocesso em relação aos direitos sociais, inclusive o direito à saúde. A denominada Constituição cidadã foi tão desfigurada, após sucessivas emendas, que realmente não é exagero caracterizar as contrarreformas não apenas como antidemocráticas, mas também como inconstitucionais. Os direitos fundamentais assegurados pelos constituintes não poderiam ser significativamente subtraídos sem que outra assembleia nacional constituinte fosse convocada para esse fim.

A legislação infraconstitucional, relativa ao direito à saúde, também foi editada para instituir novos modelos de gestão que gradativamente transferem a assistência à saúde da esfera dos direitos para a esfera do mercado no qual o contrato de compra e venda determina o acesso às mercadorias. Os serviços públicos de saúde diminuíram em favorecimento das atividades econômicas na área da saúde.

Além da ampliação da saúde suplementar verificada na década de 1990 com os incentivos à proliferação dos planos de saúde, verificou-se a tentativa de inversão do sentido da complementaridade previsto na Constituição para o Sistema Único de Saúde. A iniciativa privada, que era complementar à rede estatal, torna-se progressivamente predominante no interior do SUS e a assistência estatal passa a ser complementar à iniciativa privada.

Ao final da década de 1990, a nova legislação editada modificou substancialmente a gestão do SUS ao diminuir a prestação direta pelo Estado dos serviços de saúde e incentivar a atuação da iniciativa privada na área. Em 1998, foi aprovada a Lei 9.637/1998 que dispõe sobre a qualificação das organizações sociais para prestarem serviços nas áreas de saúde, educação, cultura, esportes, ciência e tecnologia.

Com esse instrumento normativo, entidades privadas po-

dem receber, através da celebração de contrato de gestão, recursos orçamentários, bens, equipamento e servidores públicos para prestarem os serviços pelo Sistema Único de Saúde. O Estado cede, assim, equipamentos, prédios, bens e servidores públicos para as entidades privadas, em sentido contrário à noção de complementaridade que foi prevista no § 1º do art. 199 da Constituição Federal e depois regulamentado pelo art. 24 da Lei 8.080/1990:

Art. 199, § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Portanto, a contrarreforma do SUS viola dispositivo constitucional que apenas autoriza a atuação de entidades privadas no SUS de forma complementar, ou seja, excepcional. Na prática, a lei possibilita que unidades de saúde, que já estão em funcionamento, sejam transferidas a entidades privadas. Igualmente, a lei das organizações sociais prevê como possibilidade a cessão de servidores públicos a essas entidades privadas quando é notória a carência de concursos para contratação de profissionais de saúde para atender à população.

Desse modo, a atuação complementar de entidades privadas no SUS, prevista como exceção quando os serviços estatais “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área”, torna-se a regra. Por esse e outros motivos, o novo marco legal gerou dúvidas e suscitou inúmeros questionamentos de entidades sindicais, movimentos sociais e de partidos políticos.

O Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT), por exemplo, contestaram a constitucionalidade da lei através de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI n. 1923-DF) que ainda não foi julgada definitivamente. Contudo, o voto do ministro-relator Ayres Britto já ressaltou que a lei das organizações sociais colide com a Constituição Federal de 1988:

Têm razão os autores quando impugnam o que se convencionou chamar de “Programa Nacional de Privatização”. Programa que, nos termos da Lei 9.637/98, consiste na “*absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei*” (art. 20). Em outras palavras, órgãos e entidades públicos são extintos ou desativados e repassados todos os seus bens à gestão das organizações sociais, assim como servidores e recursos orçamentários são igualmente repassados a tais aparelhos ou instituições do setor privado. Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa

de **privatização**. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta (...). Ora, o que faz a Lei 9.637/98, em seus arts. 18, 19, 20, 21 e 22, é estabelecer um mecanismo pelo qual o Estado pode transferir para a iniciativa privada **toda a** prestação de serviços públicos de saúde, educação, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia. A iniciativa privada a **substituir** o Poder Público, e não simplesmente a **complementar** a performance estatal. É dizer, o Estado a, globalmente, terceirizar funções que lhe são típicas o que me parece juridicamente aberrante, pois não se pode forçar o Estado a desaprender o fazimento daquilo que é da sua própria compostura operacional: a prestação de serviços públicos (...). O que de pronto me leva a julgar inconstitucionais os arts. 18 a 22 da Lei 9.637/98. (voto ministro-relator Ayres Britto, ADI 1923-5, p. 15 a 17).

A indefinição do marco jurídico das organizações sociais na legislação vigente implica assim em confusão de princípios públicos e privados que são aplicados conforme a conveniência dos administradores com recrudescimento da insegurança jurídica e com graves prejuízos para a população.¹

Esse problema também se apresenta na proposta mais recente de gestão dos hospitais universitários através do modelo privado da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) cuja criação foi autorizada pela Lei 12.550/2011. Essa iniciativa é seguida por propostas de criação também no âmbito dos municípios de sociedades de economia mista para gerir os hospitais como, por exemplo, a Rio Saúde no município do Rio de Janeiro.

Além de ferir a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e a própria autonomia universitária prevista no art. 207 da Constituição Federal, a proposta da EBSERH incorre em outra inconstitucionalidade ao infringir os princípios e regras administrativas do regime jurídico público do Sistema Único de Saúde.

O art. 10 da Lei 12.550/2011, ao estabelecer o regime privado de contratação de pessoal, afirmou obrigatoriamente que seu objetivo não é a prestação de serviços no âmbito do SUS, embora contraditoriamente expresse exatamente o contrário em seu art. 3º, § 1º, que afirma ser o objeto da EBSERH a atuação “integral e exclusivamente” no SUS.

O art. 173, II, CF, determina expressamente “a sujeição ao regime jurídico das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, trabalhistas e tributárias” apenas nos casos em que o Estado explorar diretamente “atividade econômica”. A atuação estatal na ordem econômica é permitida excepcionalmente “quando necessária aos imperativos ou a relevante interesse coletivo”.

Contudo, a prestação de serviços de saúde pelo Estado não se enquadra de forma alguma nessas duas hipóteses, pois a assistência à saúde não é uma exceção, mas, ao contrário, é “um dever do Estado” conforme dispõe o art. 196 da Constituição Federal. Por conseguinte, a saúde é um serviço público e, como tal, submetido ao regime jurídico único de contratação de pessoal pelo estatuto do servidor público.²

1 O julgamento definitivo da ADI 1923-5 ainda não ocorreu até a presente data de abril de 2014.

2 Suspensão da eficácia da redação dada ao art. 39, caput, pela Emenda Constitucional n. 19/1998, na medida cautelar da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 2.135.

Igualmente, a forma jurídica de empresa pública não é a mais adequada para realizar a descentralização administrativa da assistência à saúde, pois as empresas têm sempre como finalidade o lucro, objetivo esse incompatível com a atuação na saúde pública ou complementar ao Sistema Único de Saúde. O Decreto-lei 200/1967 definiu assim empresa pública: 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.

Mesmo com a possibilidade de as empresas públicas terem como objeto a prestação de serviços públicos, essa possibilidade não abrangeria a prestação dos serviços de saúde porque o Sistema Único de Saúde estabelece preferência, em seus contratos ou convênios, para as entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos conforme prevê o art. 199, CF. O Poder Público não poderia, portanto, adotar regras do regime jurídico privado para a prestação de serviços de saúde visto que: o Poder Público no SUS é sempre um prestador de serviço público. Não há outra possibilidade. E, fora do SUS, não há autorização para atuar (WEICHERT, 2004, p. 199).

Desse modo, percebe-se que os novos modelos privados de gestão, como as organizações sociais e as empresas públicas (EBSERH), estão viciados por diversas inconstitucionalidades quando pretendem atuar no âmbito do Sistema Único de Saúde. A transferência para organizações sociais privadas de servidores e bens afetados aos serviços públicos de saúde contraria o sentido da excepcionalidade e complementariedade da participação da iniciativa privada no SUS.

A prestação de serviços públicos hospitalares pela EBSERH ou outras empresas públicas é inconstitucional por enquadrar como atividade econômica os serviços de saúde ou mesmo por adotar o regime privado de gestão para contratação de servido-

res pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

O princípio do controle social ou participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde é também atingido pelos modelos privados de gestão haja vista que o debate público e a deliberação sobre as políticas públicas, que deveriam ser realizados pelos conselhos de saúde, são prejudicados e substituídos na prática pelos conselhos administrativos, consultivos ou fiscais, respectivamente, das organizações sociais (art. 3º da Lei 9.637/1998) e das empresas públicas como a EBSERH (art. 9º da Lei 12.550/2011) que não preveem a participação paritária para os usuários. O direito à informação também é obstaculizado por essas entidades privadas que se recusam a fornecer informações sobre sua execução dos serviços.

A contratação pelo regime privado, sem a estabilidade do Estatuto do Servidor, inibe a participação dos profissionais de saúde nas conferências e conselhos visto que os mesmos ficam ameaçados pelo risco da demissão imotivada por repreensão dos seus empregadores privados.

A estabilidade do servidor público e o concurso público como única via de acesso aos cargos públicos foram inscritos na Constituição Federal de 1988 como garantias contra o clientelismo e o fisiologismo. A impessoalidade e o interesse público são, assim, as razões da estabilidade do Regime Jurídico Único estatutário para que as políticas de Estado prevaleçam como direitos diante das políticas temporárias de favorecimento de eventuais governos. A não obrigatoriedade da obediência dessas entidades privadas ao princípio licitatório para contratação de bens e serviços, conforme previsto no art. 37, XXI, CF, resulta no grande número de escândalos envolvendo desvios de recursos públicos pela saúde por organizações sociais.³

3 Ver documento *Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil*. In: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011.



Os princípios da universalidade e da integralidade também permanecem em constante ameaça pela introdução desses modelos privados de gestão que abrem a perspectiva da introdução da dupla porta de acesso, como, por exemplo, a tentativa do estado de São Paulo, prevista pela Lei Estadual 1.131/2010, de reservar 25% dos leitos das unidades de saúde administradas por organizações sociais para atendimento pelas operadoras de planos de saúde. Se a medida não fosse contestada judicialmente, haveria uma discriminação entre usuários do SUS que possuem ou não planos de saúde.

O acesso universal e integral aos serviços de saúde é ameaçado pela gestão privada também porque não há a obrigatoriedade da manutenção das dotações orçamentárias, da contratação e permanência dos profissionais de saúde que já não possuem vínculos permanentes com a Administração Pública. Os contratos de gestão com as entidades privadas e os contratos de trabalho com os profissionais de saúde são precários e podem ser rescindidos unilateralmente a qualquer tempo, afetando a continuidade dos serviços.

Não obstante as decisões que rechaçaram todas as formas de privatização da saúde durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, a contrarreforma do SUS avança com a crescente delegação dos serviços públicos de saúde para entidades de regime privado, como as organizações sociais, as fundações públicas de direito privado e as empresas públicas⁴.

A atuação desses novos modelos privados de gestão do Sistema Único de Saúde é inconstitucional e não cumprem com seus objetivos de melhorias na assistência à saúde da população. Ao contrário, acabam por gerar dúvidas e inseguranças que precisam ser sanadas para uma prestação mais eficiente dos serviços de saúde. Para isso, é vital uma interpretação sistemática da Constituição Federal com a adequação entre as finalidades, as formas e os agentes responsáveis pela efetivação dos princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e do controle social do Sistema Único de Saúde.

Somente com a observância dos princípios do SUS, amparados pela Constituição de 1988 no amplo movimento de reforma sanitária, haverá a efetivação tão esperada do direito fundamental à saúde.

4 Ver MOÇÃO nº 28 da 14ª CNS: “Os delegados presentes na 14ª CNS decidem por manifestar publicamente seu apoio a presente moção: em defesa dos 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 desfalco desta, destinando imediatamente maior percentual do PIB para a Saúde Pública (6% no mínimo), Educação (10%) e Previdência Social; pela Inconstitucionalidade das Organizações Sociais (OS); contra as alternativas de gestão que precarizaram o trabalho como as OS, Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (OSC/P), Parcerias Público-Privadas (PPPS), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)”.

Referências Bibliográficas

- AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. *Teias e tramas: relações público-privadas no setor de saúde dos anos 90*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, IMS/UFRJ, 2002.
- BALSEMÃO, Adalgiza. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Direito Sanitário e Saúde Pública* (volume 1). Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Curso de direito administrativo*. 19ª ed. São Paulo: Malheiros, 2005.
- BARROSO, Luis Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial*. In.: NETO, Claudio Pereira de Souza e SARMENTO, Daniel (org.). *Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: 2ª ed., Cortez, 2008.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4ª ed., São Paulo: Cortez, 2011.
- _____. & MENEZES, J. S. B. (org.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrij-SSind, 2011.
- CECHIN, José. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva, 2008.
- ROCHA, Julio de Sá. *Direito da saúde*. São Paulo: Atlas, 2011.
- SANTOS, Lenir (org.). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2010.
- _____. *Fundações estatais: estudos e pareceres*. Campinas: Saberes, 2009.
- WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e federação na Constituição brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.
- _____. *O direito à saúde e o princípio da integralidade*. In. SANTOS, Lenir (org.). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2010.

2.2. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários

Renata de Oliveira Cardoso

Introdução

No presente artigo¹ pretende-se analisar o processo de contrarreforma do Estado brasileiro iniciado na década de noventa para compreender as novas formas de gerenciamento do aparelho estatal. Estas, parecem dizer respeito, especialmente, às contrarreformas realizadas no âmbito das políticas sociais. Por fim, particularizaremos a análise sobre a contrarreforma que está em curso que possui o objetivo de transferir a rede de Hospitais Universitários Federais (HUF) – formada por 47 hospitais vinculados a 33 universidades federais – para uma empresa de direito privado denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Todavia, esta não é a primeira contrarreforma do Estado brasileiro. Antes disso já ocorrera uma tão profunda quanto a que está em processo: aquela operada pela ditadura militar e a serviço do grande capital. As condições favoráveis para a implementação dessa política foram viabilizadas por processos bastante cruéis – dentre os quais não se excluiu a própria eliminação física dos oponentes ao novo regime – operados por frações da grande burguesia. O grande capital ao construir a sua ditadura propiciou sua reprodução e também as bases e as relações para o desmonte do Estado no período atual.

A premissa aqui assumida é a de que as contrarreformas são instrumentos do capital para solucionar as crises do modo de produção capitalista; assim, suas políticas favorecem ao grande capital porque sua estrutura e gerenciamento são adequados para a organização e a reorganização da vida política do Brasil e que por processos históricos propiciam o lucro e a acumulação dos capitais nacional e internacional.

Entretanto, a contrarreforma do Estado brasileiro iniciada na década de noventa não acabou: realizado o processo fundamental de privatização das estatais no governo FHC, temos no governo Lula e Dilma a privatização - aberta e vela-

da - das políticas sociais e da educação superior, atualmente articuladas na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

1. A Reforma do Estado na Ditadura

No começo da década de 60 uma crise assolava o país. A crise pré-ditadura tinha um duplo caráter, era político e econômico. Econômico porque as taxas de inversão caíam, existia um baixo índice de crescimento e subia a inflação. O caráter político se expressava nas contradições entre a democracia burguesa populista e as exigências do capital monopolista que se acirravam.

Diante do ascenso da classe trabalhadora e do governo de bases populares com o presidente João Goulart (1961-1964) ou até mesmo diante de possibilidades revolucionárias que se identificavam no momento com organização da classe trabalhadora e ascenso da massa de base operária e camponesa, as forças reacionárias do país composta pela grande burguesia e suas frações, aliadas ao imperialismo realizaram e organizaram o golpe militar de Estado.

A violência teve um caráter fundamental para a superação do período de “estagnação e inflação” que sucedia ao golpe militar, e se configurou em força produtiva e econômica no país porque possibilitou diretamente o enquadramento do trabalho vivo e as altas taxas lucros. Foi a grande sintonia da violência estatal com a acumulação do capital que possibilitou ao Brasil o início de uma fase especial de desenvolvimento.

A ditadura militar instaurada colocou-se a serviço do capital, suas expectativas de expansão e desenvolvimento econômico. Falava-se em crescimento, mas para tal, o Estado se transformou em um aparelho impulsionador do desenvolvimento monopolista e bastante repressor. A acumulação monopolista determinou a fisionomia do Estado, submetendo cada vez mais os trabalhadores às exigências econômicas e políticas do imperialismo. O caráter ideológico e formador

¹ Este estudo contempla parte de um trabalho anteriormente escrito e atualmente modificado, que tinha por objetivo identificar as consequências dos projetos de contrarreforma do Estado brasileiro para a organização dos trabalhadores, a partir da análise do então Projeto de Fundação Estatal de Direito Privado.

de opinião acerca desse tipo de planejamento que articulava a repressão e crescimento econômico favoreceram para que de forma ampla se construísse um Estado na ditadura.

1.1. O golpe de abril

O golpe de Estado de abril de 1964 desencadeou um processo de contrarrevolução, com aspectos dinamizadores que favoreceram o ascenso de um novo tipo de sociedade. Esta sociedade fora marcada pelas disparidades entre capital e trabalho, e assegurada por um modelo ditatorial cruel e explorador. Os seus objetivos podem ser explicitados em três aspectos:

O primeiro foi que o golpe expressou-se em uma tentativa clara de adequar o desenvolvimento nacional à internacionalização do capitalismo monopolista. Em segundo, foi a capacidade de imobilizar e golpear os atores sociais protagonistas da resistência ao novo modelo econômico que se configurava pelo golpe. Por último e de fundamental importância, o golpe foi a tentativa de implodir as tendências políticas e econômicas que poderiam seguir à revolução ou ao socialismo.

Na segunda metade da década de sessenta a política da ditadura foi triunfante. O novo desenvolvimento econômico dentro dos moldes de internacionalização capitalista foi implementado. As estratégias de exclusão dos comprometidos com processos e projetos democráticos foram reais através do fortalecimento e da criação de estruturas políticas que cumpriam esse papel usando como metodologia a tortura, os exílios e a morte.

Para as massas menos politizadas, a propagação do discurso anticomunista e a doutrina da segurança nacional (importantes elementos da cultura do imperialismo) foram bastante difundidas. Deve-se ressaltar também o contexto internacional de contrarrevolução preventiva que emplacou ditaduras militares em toda a América Latina. As explicações para o triunfo dessa política estão nas peculiaridades e na formação da realidade da sociedade brasileira, quais sejam:

- Desde o período colonial, as atividades econômicas do Brasil foram voltadas para o mercado externo, como a economia cafeeira.
- Não houve de fato uma ruptura com o Estado colonial, já que nossa produção sempre se orientou na demanda do mercado externo, o que causou uma forte dependência financeira das relações econômicas e comerciais exteriores.
- A estrutura de classe não permitia a burguesia industrial um confronto direto com a oligarquia da terra e com os grandes latifúndios, tão pouco para realizar suas tarefas básicas de formação dependente dos grandes centros externos econômicos do capital.
- O processo de industrialização tardia possibilitou de forma precoce a criação dos monopólios, sem que os marcos históricos do capitalismo concorrencial tivessem se desenvolvido no país.

Essas características históricas da sociedade brasileira em

articulação com as novas tendências do processo de formação do Brasil moderno criaram fenômenos particulares que favoreceram a instauração da ditadura e também o cenário político anterior ao golpe.

No Brasil, o desenvolvimento capitalista não se apoiou contra o “atraso”, mas sim nas suas diferentes formas de recomposição. Foi próprio da formação brasileira que os segmentos dominantes da sociedade encontrassem maneiras de impedir ou reprimir as incidências das forças comprometidas com os projetos das classes subalternas, assim como, alterar suas participações nos processos políticos decisórios do país.

Ainda dentro desses marcos, seja o da repressão ou da anulação dos instrumentos da sociedade que representavam os interesses das classes subalternas, o Estado sempre agiu como um instrumento eficiente contra o ascenso da vontade coletiva.

O processo de industrialização tardia no Brasil reforça o seu caráter excludente e os processos decisórios da sociedade são, na sua grande maioria, definidos pela burguesia e por dentro das estruturas do Estado. De acordo com Ianni (1981) sintetizam-se aí as particularidades da formação política e econômica da sociedade brasileira que possibilitam as relações sociais no espaço nacional para a instauração da ditadura.

Por um lado o modelo econômico de substituição de exportações ficava obsoleto em razão das necessidades de expansão do capital internacional, de maneira que aquele exigia um rápido desenvolvimento das forças produtivas nas indústrias de bens de produção e de bens de consumo duráveis nesta parte da América. Assim, no início dos anos sessenta a dinâmica interna do capitalismo no Brasil alcança um patamar que impunha redefinir e criar novas formas de acumulação. A expansão do capital apoiou-se nas novas articulações entre o Estado, o capital nacional e o capital estrangeiro - o último com privilégios significativos neste período. A sustentação política dessa articulação sofreu fortes abalos entre 1961 e 1964. Com o fracasso da intenção golpista de Jânio Quadros, em agosto de 1961, as forças democráticas tomaram novas configurações e com João Goulart na presidência espaços importantes do Estado foram ocupados por ideais progressistas e comprometidos com as frações mais pauperizadas da classe trabalhadora, que até então enfrentavam leis conservadoras e iniciativas de repressão institucional.

1.2. A crise do Estado Ditatorial

No período de 1961-1964 o Estado burguês passou a revelar as contradições entre os setores burgueses: aumentaram as pressões do imperialismo contra as manifestações populistas através do qual se configurava o Estado e contra as organizações populares que se expressavam pelo ascenso político de trabalhadores operários e camponeses.

Em 1964 se consolidou uma situação contestatória com características bastante delineadas e que questionavam o Estado burguês. Recuperar o poder burguês, impedir o ascenso e a organização da classe trabalhadora se tornaram tarefas centrais para o bloco de poder que se formava por dentro e por fora do

aparelho estatal. Por isso o golpe de 1964 pode ser considerado um movimento contrarrevolucionário; uma movimentação para garantir a política econômica do imperialismo e conter o processo democrático que tomava a frente das atividades no país.

A política de segurança e desenvolvimento, aliada a forte repressão e a superexploração do trabalho, logo teve sucesso; no entanto, as contradições sociais ficaram mais evidentes e abalaram, após um certo tempo, algumas bases da hegemonia no bloco de poder na ditadura. Desde 1974, vários setores do bloco de sustentação da burguesia, como a pequena burguesia, a igreja e uma parte da burocracia, começaram a apresentar discordância da política econômica.

Alguns setores da burguesia que apoiaram o golpe não encontravam mais motivos para acreditar na ditadura do grande capital já que seus privilégios e poder também estavam sendo cerceados, assim como suas mordomias e a sua capacidade de liderança no sistema. Também ressurgia a aliança entre a classe trabalhadora do campo e a da cidade para se opor à ditadura.

A classe trabalhadora passou a contar com o apoio de frações da burguesia e, foi assim que se tornou possível aprofundar a crise de hegemonia do poder estatal e colocar em cheque a política da ditadura entre os anos de 1974 e 1976. Além disso, o crescente distanciamento entre o Estado e a sociedade e a identificação do Estado como inimigo da sociedade favoreceu acentuar o processo de contradições sociais.

Ao longo da crise da ditadura, desde 1974, em escala cada vez mais intensa e geral, amplos setores da população, na cidade e no campo, juntam-se à luta da classe operária e do campesinato, pela democracia, por uma revolução de baixo para cima; nos bairros, fábricas, sindicatos, partidos; nas escolas, nas ruas, campos, construções. Em muitos lugares, operários, trabalhadores rurais, empregados, funcionários, estudantes, intelectuais, todos, cada um a seu modo, todos em conjunto, tecem a revolução que destruirá a ditadura do capital (IANNI, 1981, p. 227)

Todavia, o processo de abertura política foi, sobretudo, consequência da forte organização do proletariado e de seu descontentamento com a política econômica que favorecia ao imperialismo e brutalizava a vida cotidiana do trabalhador no campo e na cidade.

As condições as quais foi submetida à classe trabalhadora lhe propiciou uma reorganização. A pauperização dos trabalhadores assalariados e a concentração de renda foram fatores cotidianos que levaram a necessidade imediata de luta contra a superexploração. Com isto as contradições explicitaram-se e propiciaram o desmascaramento da ideologia da ditadura.

Em paralelo ao crescimento econômico e aos níveis gigantescos de exploração da força de trabalho, cresceram no campo e na cidade as forças opositoras à ditadura, como condição de manutenção da própria vida. As organizações e os processos de politização e re-politização dos trabalhadores avançaram e a política da ditadura e seus instrumentos de consolidação foram tão questionados que ela teve de ser superada.

1.3. A ideologia política e os processos de reformas no país

De acordo com Netto (2004) no processo de construção da autocracia burguesa, esta se deparou com o que o chamaremos aqui de *mundo da cultura* respaldado em uma expressão de teóricos marxistas e que faz uma associação direta com o “mundo do trabalho”.

O *mundo da cultura* sob a ditadura foi moldado pelos parâmetros de direção para consolidar um bloco cultural que fosse funcional ao projeto de modernização pelo qual passava o país. Vale dizer, para ser funcional ao capital, uma política cultural específica foi necessária para a reprodução da vida social.

No entanto, cabe ressaltar que o Estado não tem uma intervenção direta na produção cultural da sociedade. Este aspecto é separado da sociedade política e se revela hegemonicamente um espaço de atuação da sociedade civil. A intervenção do Estado se dá de forma indireta com mediações da política cultural enquanto política social.

O Estado pode oferecer ou não as condições para a produção cultural de forma material como infraestrutura; recursos financeiros; equipamentos; etc. A intervenção imediata se dá nos processos de distribuição dos produtos culturais (como nos jornais, rádios, programas de televisão) pelo quais a política cultural é instrumentalizada de forma mais incisiva e das formas mais diversificadas com a censura, a repressão, subsídios e convênios específicos.

O mundo da cultura é um mundo plural, repleto de expressões mais variadas das intelectualidades e expressam na cotidianidade da prática social (NETTO, 2004). Por isso dois aspectos importantes de intervenção do Estado neste plano devem ser ressaltados.

Em primeiro cabe destacar que enquadrar essas expressões da vida cultural de forma adequada foi fundamental para a perpetuação da ideologia modernizadora que permeava o projeto da ditadura. Esse controle das expressões culturais é tão possível quanto o controle do mundo do trabalho e seus instrumentos podem ser os mesmos. No entanto, esta intervenção é bastante frágil visto que lida com aspectos mais dinâmicos da reprodução da vida social e seus questionamentos são mais factíveis.

Em segundo essa fragilidade também se reflete nas próprias formulações da política cultural, enquanto política de Estado, que representa uma determinada classe, a burguesia.

Como não existe política social neutra de intervenção, vale salientar que no aspecto de implementação do projeto modernizador – via enquadramento do mundo da cultura – existe um grau de capacidade para suportar a materialização dos projetos das classes dominantes com o surgimento das variadas expressões culturais.

Toda política social é direcionada por interesses de uma classe e a política cultural segue este mesmo aspecto por ser uma política social; é importante observar que toda movimentação de intervenção no *mundo da cultura* é orientada politicamente e assume uma direção política do Estado. Dito de modo diverso, a direção política da cultura durante o período da Ditadura foi a direção do Estado ditatorial.

[...] a política cultural, como elemento do rol das políticas sociais, tende a implementar como instrumento de caráter político-administrativo, corporificando-se em operações de intervenção imediata e procedimentos mediatos. As primeiras incidem especialmente sobre a difusão dos produtos culturais; os segundos se referenciam às condições para a produção cultural que é situada como preferencial pela direção política da política cultural. (NETTO, 2004, p.48)

Desta forma, o Estado ditatorial foi capaz de criar no país uma produção cultural monopolizada e centralizada. Transformou o cenário nacional em um palco de manipulação da cultura pela indústria cultural e abarcou a grande maioria da população com suas características de alienação e conformismo. Paralelamente, expandiu seus ideais e suas simbologias que tão logo emolduraram a sociedade brasileira.

Vale dizer: a política cultural da ditadura teria de elaborar em duas frentes: a) reprimir as vertentes que "no mundo da cultura", apontasse para a ultrapassagem da tara elitista estimulando aquelas que contribuíram para a sua cristalização e b) induzir e promover a emergência de tendências culturais funcionais ao projeto "modernizador" (NETTO, 2004, p. 51)

As mudanças que ocorreram no mundo da cultura privilegiaram o funcionamento da modernização conservadora no país e serviram de base para as ideias que possibilitaram o processo, posterior, de contrarreforma do Estado. Podemos citar algumas ideologias que servem ainda nos dias de hoje como alicerces para os processos de contrarreformas: a) a burocratização das estatais impede seu bom funcionamento; b) o Estado não suporta as finanças pelo excesso de gastos sociais; c) as instituições públicas não atingem sua meta de produção necessária a modernização; d) parte desse processo se dá pela acomodação de emprego estável dos funcionários públicos; e) a consequência seria o mau funcionamento das instituições estatais diretamente ligadas à produção de serviços.

2. Reformas e contrarreformas do Estado (1990/2013)

O processo de abertura política iniciada em meados da década de 80 teve como seu ponto máximo a consolidação e elaboração da Constituição Federal de 1988. A Carta Magna resultou da organização e da luta da classe trabalhadora contra os governos militares do grande capital que conseguiram impor ao país um novo estágio do desenvolvimento capitalista coordenado pela política imperialista em expansão no mundo.

Os limites desta expansão nas economias centrais foram sinalizadas aos grandes capitais pelo esgotamento do ciclo dos anos de ouro da economia capitalista, especialmente verificados nos países da Europa Ocidental que viveram a Segunda Grande Guerra Mundial.

As crises revelaram-se com especial vigor na Europa com as lutas estudantis e operárias que trouxeram à tona os problemas econômicos e políticos dos países de Estado de Bem-Es-

tar Social e sua condução pelos partidos Socialdemocratas em boa parte daquele território. Abria-se então, ao final da década de 1970, para aquelas populações, o período comumente chamado neoliberal do desenvolvimento do capitalismo.

No Brasil, na primeira metade da década de 1980, sepultava-se uma longa ditadura de vinte anos. O fim daqueles dias de ditadura apresentou aos trabalhadores do campo e da cidade a esperança de direitos e conquistas, também por meio de reformas no âmbito da legislação. No entanto, o desenvolvimento capitalista direcionado pelo capital monopolista no Brasil, como obra da ditadura, desdobra-se e aprofunda-se nos dias atuais.

A década de noventa do século vinte foi marcada por um grande vendaval neoliberal e que baseado nas estruturas ideológicas, econômicas e políticas construídas pela ditadura, encontrou o ambiente adequado para o aprofundamento de novo momento da acumulação capitalista mundial: a fase dos monopólios dominada pelas finanças. Nos importa, neste artigo, tratar das reformas do Estado pós-ditadura que, em nossa compreensão, norteiam as necessidades de alterar não somente a base econômica da vida social, mas também o Estado e a dinâmica sociocultural das sociedades.

2.1. O Diagnóstico Bresser Pereira: a caracterização do Capital para as reformas do Estado

Grande parte das propostas dos diferentes governos para reformar o Estado no mundo seguem os princípios enunciados pelas agências do grande capital como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e as agências da Organização das Nações Unidas (ONU). Com algumas especificidades, no Brasil, estas ideias tomaram corpo na matriz difundida por Bresser Pereira², muito embora diferentes governos (como os partidos de orientação ou que se reivindicavam esquerda ou progressista) tenham assumido iguais defesas de contrarreforma do Estado.

Para Bresser Pereira (2007), as tentativas de implementar as políticas neoliberais na América Latina fracassaram; não promoveram nem a estabilidade econômica e tampouco o desenvolvimento dos países chamados subdesenvolvidos.

Segundo o autor, desde 1995, mesmo depois da crise econômica e de uma estratégia de desenvolvimento nacional, a política do país se submeteu ao que ele chama de *ortodoxia convencional* (BRESSER PEREIRA, 2007). Esta política não pretende o crescimento/desenvolvimento da nação, nem mesmo a estabilidade econômica. Tal política, imposta pelas economias centrais – também chamados pelas agências do grande capital de países em desenvolvimento – baseou-se na abertura dos mercados para investimentos externos, nas baixas taxas de câmbio e na isenção fiscal. Esta ideologia foi alcinhada neoliberal e seus supostos tornaram-se dominantes no mundo e para o autor ela consiste na *ortodoxia convencional*.

2 Luiz Carlos Bresser Pereira, em 1995, assumiu o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, depois de participar da campanha para a presidência da República de Fernando Henrique Cardoso, no segundo mandato foi por seis meses Ministro da Ciência e Tecnologia.

Com esse nome se queria salientar, primeiro, que o objetivo fundamental de política econômica era o de promover o desenvolvimento econômico, e segundo, que, para isso, era preciso que a nação, isto é, os empresários, a burocracia do Estado, as classes médias e os trabalhadores associados na competição internacional, definissem os meios que utilizaram para alcançar esse objetivo nos quadros do sistema capitalista, e tendo como principal instrumento de ação coletiva o Estado. (BRESSER PEREIRA, 2007, p. 03)

Esta forma de entender a *ortodoxia convencional* poderia representar uma maneira de enfrentar a “competição” acirrada entre os países mais ou menos desenvolvidos, em especial nas relações de trabalho, isto é na venda da força de trabalho. O que transforma os países menos desenvolvidos em potências mundiais seria a sua capacidade de vender barata a força de trabalho no “mercado competitivo”.

Na realização desta nova divisão dos países na economia mundial, aos Estados cabem papel central: coordenar a economia com base no mercado para torná-la competitiva nas relações econômicas externas.

Vale lembrar que para Bresser o aspecto da venda da força de trabalho é um ponto positivo para os países periféricos, pois na lógica de competição capitalista do mercado mundial estes países teriam as condições favoráveis de disputa do mercado internacional.

No longo prazo estão, provavelmente, equivocados, porque acabarão se beneficiando do maior desenvolvimento econômico de todos os países; mas no curto prazo a estagnação de seus salários está claramente relacionada com a crescente competição dos países que contam com força de trabalho barata. (BRESSER PEREIRA, 2007, p. 02)

Como já tratado anteriormente, a estratégia desenvolvimentista na política da ditadura exigiu dos Estados da América Latina, reformas na sua estruturação e funcionamento que favoreceram a construção de um novo modelo econômico de expansão capitalista nos marcos de uma política mundial. Esta política em nenhum momento se chocou com plano neoliberal ou ortodoxia convencional, assim chamada por Bresser. Ao contrário, sua aplicação exigiu do Estado reformas e políticas necessárias à sua efetivação em todas as esferas da vida social.

No Brasil, não foi diferente. Considerado um país periférico, com seu processo de industrialização tardia, sua reestruturação no âmbito da nova divisão internacional do trabalho exigiu do Estado uma intervenção significativa.

Concordemos que a reforma do Estado foi necessária para impulsionar um novo estágio da acumulação capitalista no Brasil, mas seus objetivos foram realizados de forma cruel e seu papel de servilismo real a segmentos da classe burguesa não devem ser tomados como exceções para o Estado do capital.

Para o autor, o desenvolvimento nacional apregoado pela política econômica foi uma estratégia nacional que atribuiu ao Estado o papel central na coordenação econômica, baseada no mercado e na tentativa de torná-lo competitivo nas relações externas. Uma política com ênfase no controle da oferta da moeda e da inflação. Uma estratégia falha porque exigia dos países em desenvolvimento, reformas institucionais e políticas econômicas

necessárias ao seu desenvolvimento gradual, porém não os colocava em condições plenas de competição do mercado.

Dentro desse pensamento, os países da América Latina voltarão a ter seu crescimento com a retomada do desenvolvimento nacionalista, baseados nas “reformas” do Estado e em novos processos de gestão do aparelho estatal que possibilitarão condições graduais de competição do mercado externo, crescimento econômico e retomada das funções gerenciais do Estado administrador.

Este pensamento e estas análises podem ser encontrados em vários textos escritos por Bresser Pereira³, que orientam a formulação da nova estruturação do Estado Brasileiro expresso no Plano Diretor da Reforma do Estado analisado a seguir.

2.2. Reformas do Estado: a ênfase nas novas formas de gestão

Tomemos em análise inicial o Plano Diretor da Reforma do Estado⁴. Neste texto, a atual crise econômico-política da sociedade brasileira é, para seus autores, uma crise do Estado muito presente e muito amplo que regula e interfere excessivamente na economia. Segundo o Plano, o Estado deverá assumir seu caráter administrativo – outro modo de dizer, restrito – de maneira plena a garantir o crescimento econômico sustentável da economia brasileira, como solução para a crise.

Essa reestruturação do aparelho estatal teria como modelo a estrutura estatal dos países desenvolvidos – justamente aqueles países que contrarreformaram os seus Estados e que por isto são seguidores da programática ‘neoliberal’ e que o mesmo Bresser diz combater. Contrarreformar o Estado implica, dentre outras características, uma fundamental: flexibilizar as relações de trabalho dentro e fora do próprio aparelho de Estado. Dentro, com a inovação da ideia e do significado do funcionalismo público; fora com a reformulação das leis trabalhistas que restringem os direitos da classe trabalhadora.

No Plano de Reformas já mencionado, o desenvolvimento brasileiro teve sua concentração na esfera produtiva e suas instituições foram o Estado e o mercado. São essas instituições que operam os sistemas econômicos e o Estado se torna o grande financiador do desenvolvimento produtivo capitalista orientado para o mercado. Todas as esferas da vida social são orientadas pelo dinamismo do capitalismo, transformando a sociedade em uma sociedade de consumo. Conforme, Bresser (1995, p. 10) “já nos anos 80, é a crise do Estado que põe em cheque o modelo econômico em vigência”.

O Plano Diretor afirma ter sido a crise da década de 80 causada por uma verdadeira incapacidade do Estado em gerenciar de maneira adequada as expectativas e demandas da sociedade em relação ao funcionamento do aparelho estatal. Esta afirmação, baseada na ideologia do grande capital e anunciada por Bresser, vai exigir do Estado a privatização, a fiscalização rigorosa e a abertura comercial.

3 As referências textuais estão citadas na bibliografia deste artigo.

4 Plano de reformas elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em setembro de 1995. Aprovado e publicado pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso em novembro de 1995.

A crise do Estado define-se então (1) como uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; (2) o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, o estatismo nos países comunistas; e (3) a superação da forma de administração pública burocrática. (BRESSER PEREIRA, 1995, p. 11).

Contudo o Plano Diretor orienta uma nova resposta à crise já que as duas tentativas identificadas foram falhas: o neoliberalismo e a indiferença à crise de políticas populistas não foram eficientes. A primeira por parecer impossível, utópica; já a segunda porque subestimou a crise. As soluções advindas desta “derrota” sustentam-se, basicamente, em uma “reforma” do Estado tomada à época como urgente. Estas são as contrarreforma que se prolongam nos dias atuais e permitem identificar as origens da criação do ‘novo ente estatal’ também denominado Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), objeto de estudo, ainda que de modo inicial, neste texto.

Ainda segundo o Plano Diretor, existem diferenças de conceitos entre a *reforma do Estado* e a *reforma do aparelho estatal*. A primeira implica mudanças nas diversas áreas da sociedade brasileira de conjunto e de forma hegemônica⁵, já a segunda diz respeito às diferentes áreas do governo e orienta-se para a administração pública, é a definição de contrarreforma cuja ênfase recai em seu caráter administrativo.

Por isso, para Bresser e para a ideologia do grande capital, as propostas contidas no Plano Diretor não seriam reformas do Estado porque manteriam seu caráter e suas responsabilidades sociais, ainda que as formas de seu gerenciamento sejam majoritariamente privadas, como é o caso das fundações de direito privado e das organizações sociais de diferentes tipos. Estas novas formas, em Bresser, permitiriam apenas transformações do controle e da execução dos serviços sociais básicos como saúde, educação, esporte e cultura. Esses serviços seriam gerenciados por organizações públicas não estatais. Em nossa compreensão este diferencial implicaria em comprometer-se diretamente com as orientações do e para o mercado.

Descentralizar, na perspectiva da crítica que assumimos aos supostos de Bresser, significou transmutar o estatal para o exótico *público não-estatal*; para além da mistificação implica em retirar do Estado seu papel de prestador de um determinado serviço social, de uma política social. Este processo, na contrarreforma e para seus defensores é tomado como *publicização* e não como privatização (1995), conforme, e ao contrário, o entendemos. A *publicização* retira do Estado sua responsabilidade de executor e de prestador de serviços o atribui, apenas, um papel regulador. O resultado desta transformação é a descentralização das funções do Estado com metas para

a produtividade do serviço público determinadas pela lógica dos negócios privados: a do lucratividade. De modo direto, significa reduzir o Estado sob o estranho argumento da *publicização*.

Tal perspectiva de Estado acentua as possibilidades de parcerias com a sociedade e a “participação” dos cidadãos no controle da administração com a superação da forte burocracia governamental. O controle da prestação dos serviços seria mensurado por resultados quantitativos e por alcance de metas de produtividade e não pela qualidade ou pela escuta aos envolvidos no processo, usuários e trabalhadores. No entanto, a maneira pela qual estas propostas seriam postas em prática não são possíveis de identificar no Plano de Reforma do Estado.

O diagnóstico contido no aludido texto enfatiza que o aparelho estatal aumentou seus custos com a Constituição Federal de 1988, em particular no tocante às relações de trabalho com a implementação do Regime Jurídico Único para a força de trabalho empregada no Estado e que sua rigidez nos processos de contratação e demissão (na verdade este é o ponto central e não as contratações) de funcionários não incentivam a produtividade e a eficiência.

Outro aspecto importante para salientar são os setores do Estado destacados pelos formuladores do Plano de Reforma e suas respectivas propostas de propriedade, assim divididos:

- *Núcleo estratégico*: setor que formula as leis e controla sua execução. Corresponde aos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Estes devem permanecer sob o poder do Estado.
- *Atividades Exclusivas*: setor no qual os serviços oferecidos podem ser realizados somente pelo Estado como a segurança, cobrança e fiscalização dos impostos, previdência básica e outros. Devem permanecer sob a alçada do Estado.
- *Serviços Não-Exclusivos*: setor no qual podem coexistir atuação do Estado e a de organizações públicas não-estatais, privadas etc. Os exemplos mencionados (1995), são os hospitais, as universidades, os centros de pesquisas e os museus. A propriedade neste setor deve ser pública não-estatal.
- *Produção de Bens e Serviços*: área de atuação privada, mas que por algum motivo ainda permanece no âmbito estatal e não foram incorporadas pelo capital privado. Neste setor torna-se necessário a privatização, mas, observam, com a regulamentação rígida do Estado.

Para finalizar destacamos que as reformas administrativas do Plano Diretor preconizam a introdução de uma nova cultura gerencial, mudanças na legislação e a adoção de novas práticas de gestão; dito de outro modo, a referência é o mercado, os negócios privados. Todas essas mudanças circundam as relações trabalhistas no serviço público, criam critérios de avaliação e indicadores de desempenho dos serviços prestados e aí, funda-se todo o suporte para as práticas gerenciais que, segundo esta concepção, resgatam o papel gestor do Estado, retomam o desenvolvimento econômico e garantem os direitos

5 Deve-se destacar que embora o Plano Diretor faça uma distinção entre as reformas hegemônicas de reestruturação do aparelho estatal, nos marcos da mundialização do capital, para nós não significa dizer que as reformas administrativas do funcionamento do Estado deixam de estar diretamente relacionadas com a política imperialista. Vejamos isto ao longo deste trabalho.

de cidadania da sociedade, sem que saibamos ao certo quais são os direitos e de que sociedade se está a mencionar.

2.3. A reforma do Estado é a contrarreforma necessária ao Capital

Trataremos a partir de agora o conteúdo das reformas, para nós contrarreformas, adotados pelo Estado brasileiro com o objetivo de identificarmos as motivações político-econômicas que as movem e os instrumentos de sua aplicação cotidiana.

A crise econômica contemporânea não pode ser vista de maneira unilateral ou pontual como se fosse o equivalente inquestionável da crise do Estado. Deve-se entender que as crises são dados reais e esperados pelo desenvolvimento capitalista e fazem parte de uma mesma lógica da acumulação, mas que não podem ser exatamente identificadas, porque obedecem a manifestações precisas em cada um dos âmbitos nos quais florescem.

Com as modificações nos estágios do modo de produção capitalista e com o crescimento de novas formas de capital, especialmente a forma capital financeiro, novas determinações devem fazer parte da análise das crises capitalista. A manifestação de que o Estado poderia viver uma crise deve-se a sua relação com a economia capitalista e a demanda de um novo papel a esta instituição universal que o capitalismo logrou construir.

De acordo com as mudanças exigidas pelo capital em seu ciclo depressivo e na tentativa de recuperar seus lucros, as particularidades da história de cada país levam a soluções mais ou menos duras com relação à manutenção ou a extinção dos direitos e políticas sociais dos trabalhadores. No entanto, o capital atua de modo similar nos diferentes pontos do planeta para potencializar a acumulação capitalista. Vejamos a análise a seguir:

As tentativas de retomada de taxas de lucro nos níveis dos 'anos de ouro' do capital (pós-guerra) ocorreram hoje por três eixos que se articulam visceralmente, como se viu no capítulo 1: a reestruturação produtiva – que fragiliza a resistência dos trabalhadores ao aviltamento de suas condições de trabalho e de vida, facilitando a realização de superlucros; a mundialização – uma rearticulação do mercado mundial, com redefinição da especialização dos países e forte presença do capital financeiro; e o neoliberalismo, este último representando as reformas liberalizantes, orientadas para o mercado, o que se combina a uma forte ofensiva intelectual e moral, com o objetivo de criar o ambiente propício à implementação dessas proposições diluindo as possíveis resistências. (BEHRING, 2008, p. 197-198)

A qualificada análise da contrarreforma mostra que ela é a maneira de inserir a economia brasileira na estratégia de mundialização do capital e pode ser considerada uma escolha política frente aos interesses da classe burguesa. Isso significa dizer: tal contrarreforma é uma opção nos moldes e conforme os interesses da classe dominante.

No entanto, os rumos desta política orientam-se no sentido de manter o caráter da contrarreforma do Estado posto ser ela necessária ao novo estágio de reprodução da economia capitalista mundial em nosso país.

Todavia, a realização deste novo patamar encontra limitações e parte destas limitações pode ser exemplificada por já terem sido realizadas as privatizações da indústria de produção na década de 1990. Com a maior parte das indústrias de base privatizadas, resta agora a privatização mascarada dos setores de serviços. A privatização dos serviços sociais, dos direitos trabalhistas e a redução do tamanho do Estado para o trabalho com o seu aumento para o capital configura-se no que Elaine Behring (2008) chamou contrarreforma do Estado.

Nos processos de privatização as estatais foram oferecidas aos compradores com preços muito rebaixados em relação aos seus valores reais e aos seus valores de produção anual; investimentos foram feitos nas empresas antes das privatizações e isto significou transferências do fundo público para o capital privado de forma consciente; foram, também, realizadas tarifas de empréstimos com juros baixos para financiamento das privatizações e várias outras formas de dinamização do capital pelo estado nos mostram que a profunda desnacionalização do parque industrial, dos serviços e das instituições bancário-financeiras do país ocorreu sem diminuir a dívida do Estado e as desigualdades sociais, conforme se anunciava como objetivo das privatizações. Ao contrário, os únicos beneficiários deste assalto ao Estado foram os capitais que acumularam grandes lucros.

A área social que deveria ser favorecida com o suposto recurso decorrente das privatizações e com a diminuição das atribuições do Estado em relação as suas funções de gerenciamento, acabou por sofrer as maiores deteriorações determinadas pelo escasso investimento nesta área e com a potencialização da ação das empresas privadas também ali. Assim, pode-se concluir com a analista:

O governo brasileiro alcançou um superávit primário de 3,13% do PIB, maior que a meta do FMI, que era de 2,5% do PIB, mas ao custo de investir muito pouco e penalizar gravemente a área social: aquela que deveria ser priorizada a partir do ajuste e do enxugamento do Estado. (BEHRING, 2008, p. 203)

Neste sentido, a caracterização de reforma assumida em Bresser deve ser desmistificada. Este processo implicou, também, na criação das agências executivas e das organizações sociais como possibilidades de regulamentação e reconhecimento do privado na execução das políticas sociais. Neste sentido, a noção de Estado e de políticas públicas sintetiza-se como unidades autônomas e com forte capacidade de competição.

Privatização entendida como transferência das responsabilidades públicas e dos recursos públicos para a criação de riqueza de capitais privados, não somente na produção, mas também na prestação de serviços sociais, responsáveis pela garantia de direitos. As transferências para o capital obedecem à lógica de que agora estes serviços podem apresentar-se como mercadorias que geram lucros.

A criação de órgãos de administração indireta visa orientar a metamorfose dos recursos e finalidades públicas para os

interesses privados, com práticas combinadas dentro e fora do aparato estatal, “a medida em que o setor pode buscar fontes de financiamento extra-orçamentários e fazer aplicações no mercado financeiro, dentre outros expedientes (...)” (BEHRING, 2008, p. 205)

Outra consequência do processo de contrarreforma incide diretamente nas relações de trabalho, pois a contratação do funcionalismo público não acontecerá necessariamente via concurso público, mas a demissão também fica a critério do administrador do setor e pode propiciar uma rápida desprofissionalização das intervenções que exigem um certo conhecimento técnico e algum grau de especialização na efetivação do atendimento. Cria-se, em substituição ao corpo técnico funcional, uma categoria genérica de profissionais com severos limites contratuais e outros para a implementação de projetos e pode-se agudizar as intervenções desprovidas de conhecimentos técnicos específicos.

Na atualidade, um dos exemplos deste processo de desmonte do estado brasileiro pode ser constatado na criação do Instituto Chico Mendes, responsável por parte das atribuições do IBAMA e com contratações de seu quadro de funcionários com os mais diversificados vínculos empregatícios. O estopim do processo de privatização do IBAMA se deu com fechamento de mais de metade dos Escritórios Modelos do órgão, responsáveis pela fiscalização ambiental.

Outro aspecto exemplificador de tal processo é a separação da formulação das políticas públicas de sua implementação. Nesta concepção cabe ao Estado formular as políticas e as agências administradoras de caráter privado as implementam. Decorrem daí, sérios riscos de deturpação na aplicação das políticas e na utilização das verbas públicas.

O contraponto oferecido para este risco é muito frágil e pouco debatido nas propostas de contrarreforma do Estado posto que não seriam mais do que meros mecanismos de fiscalização dos Contratos de Gestão, Termos de Parcerias entre a sociedade civil, o Estado e a instituição administradora.

Seriam os supostos Conselhos ou Fóruns compostos pela participação da sociedade civil, do Estado e das instituições administradoras do serviço prestado que teriam a finalidade e competência para avaliar as metas e a eficácia desses serviços. Esses espaços têm constituído momentos de conciliação de classes importantes para o fortalecimento dos interesses capitalista e de fragilização das lutas dos trabalhadores.

São fóruns formados pelos governos, pelos empregadores e pelos trabalhadores nos quais a correlação de forças é, em geral, bastante desfavorável para o conjunto da classe trabalhadora.

Os espaços subtraídos aos trabalhadores aparecem nas propostas de novos “entes estais” como *fetiches da gestão capitalista* (GRANEMANN, 2007). De outro lado, os governos contra reformadores têm jogado pesado na desconstituição dos espaços democráticos de luta dos trabalhadores no âmbito do Estado brasileiro. O exemplo mais gritante é o do Conselho Nacional de Saúde que deliberou por ampla maioria a rejeição ao projeto do governo Lula da Silva de criar a Fundação Estatal de Direito Privado, projeto proposto para o conjunto das políticas sociais e, assim, também para a saúde pública.

No entanto, por mais que essa decisão fosse coerente e estivesse nos marcos de manutenção do serviço público e na

tentativa de resgate da sua qualidade, o governo Lula da Silva e o Ministro da Saúde – um dos maiores defensores desta forma de privatização – encaminharam o projeto de lei ao Congresso Nacional em julho de 2007. A proposta de criação desse ente jurídico encontrou resistência em vários setores da sociedade e levou à formação do Fórum Nacional de Luta Contra o PLP 92/07. O Fórum conquistou o apoio de diversos parlamentares e partidos políticos que se declaravam contrários à proposta. Diante das mobilizações sociais e do apoio de diversos setores da sociedade, o projeto foi rejeitado e arquivado em 2009.

3. Contrarreforma do Estado e a EBSERH

No Brasil, a partir da década de 1990, com o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o novo modelo econômico possibilitou a privatização de grande parte das empresas estatais – sempre as mais lucrativas – na esfera da produção e também a privatização de alguns serviços como a saúde, a educação e a previdência social. No âmbito das políticas sociais, contudo a privatização não poderia seguir o mesmo modelo de entrega aos capitais porque os serviços sociais dizem respeito com maior contundência à vida das frações mais empobrecidas da classe trabalhadora. Tais privatizações foram denominadas em Granemann (2007) não clássicas e dizem respeito, especialmente, aos serviços sociais.

Tais privatizações propiciam espaços para a implementação de planos de saúde, o aumento explosivo de instituições particulares de ensino médio e superior e empresas de previdência privada, para citar os exemplos mais óbvios.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH é parte importante da política do grande capital implementada pelo governo da Presidenta Dilma Rousseff e dá continuidade aos projetos de contrarreforma do Estado que priorizam transferir áreas que poderão se tornar lucrativas para o capital ao mesmo tempo – e como parte do mesmo processo – subtraem direitos dos trabalhadores.

3.1. A privatização mascarada dos Hospitais Universitários Federais

A Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 autoriza ao Poder Executivo criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação. A empresa ainda possui prazo de duração indeterminado, conforme letra da lei em seu Artigo 1º, § 1º.

Desde a criação da EBSERH, as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) – incentivados por setores acadêmicos de posicionamento político de esquerda no Brasil – vem travando um intenso debate acerca da contribuição deste novo ente à privatização dos Hospitais Universitários Federais (HUF) do país.

No sítio do EBSERH e do Ministério da Educação, por sua vez, encontram-se disponíveis textos e documentos para

explicar o significado da Empresa. O principal documento que vamos analisar neste trabalho, além da lei que criou a Empresa, é o material produzido pela Assessoria de Comunicação Social da EBSEH, intitulado *EBSEH Hospitais Universitários Federais – Perguntas e Respostas*. Sobre ele nos debruçamos na tentativa de organizar algumas observações que conferem sentido ao tal ente se o pensarmos no âmbito das contrarreformas do Estado.

Já na apresentação do documento podemos identificar suas origens e orientações teóricas: ela parte e está em acordo com o pensamento de Bresser Pereira que o subjaz. Curioso notar que tal como em Bresser, as contrarreformas reivindicam-se opostas ao neoliberalismo embora encaminhem a contrarreforma do aparelho estatal. Essas modificações no modelo de ‘governança estatal’ combateriam a ineficiência; a burocracia e todos os entraves ao bom funcionamento dos serviços públicos. Aqui, também, importa notar que, conforme identificamos anteriormente, tais premissas orientam as reformas implementadas pelos governos do capital nas três últimas décadas (1990/2013) no país.

Porém, o nível de mistificação chega tão longe que há esforços ‘teóricos’ para demonstrar – como em Bresser, temos de repetir – de que é substantivamente diverso reformar o aparelho estatal e reformar o Estado. Nosso entendimento é o de que ao contrarreformar o aparelho estatal (suas políticas, seu âmbito de ação social, suas instituições, suas instâncias e seu quadro funcional) significa também reformar o Estado já que ele não existe em abstrato, mas no exercício de suas funções de garantia de uma dada sociabilidade.

Assim, a transferência das responsabilidades estatais em seu conjunto – política, econômica e social – implica em contrarreformar o aparelho do Estado e não se pode ocultar o papel fundante do Estado como garantidor das condições gerais da acumulação capitalista.

É sempre conveniente lembrar, que dentre as atividades não exclusivas do Estado na perspectiva de “Reforma do Estado” idealizada por Bresser Pereira estão inclusas as universidades, os centros de pesquisa e conseqüentemente, os Hospitais Universitários Federais (HUF):

No meio, entre as atividades exclusivas de Estado e a produção de bens e serviços para o mercado, temos hoje, dentro do Estado, uma série de atividades na área social e científica que não lhe são exclusivas, que não envolvem poder de Estado. Incluem-se nesta categoria as escolas, as universidades, os centros de pesquisa científica e tecnológica [...]. Se o seu financiamento em grandes proporções é uma atividade exclusiva do Estado – seria difícil garantir educação fundamental gratuita ou saúde gratuita de forma universal contando com a caridade pública - sua execução definitivamente não o é. Pelo contrário, estas são atividades competitivas, que podem ser controladas não apenas através da administração pública gerencial, mas também e principalmente através do controle social e da constituição de quase-mercados. (BRESSER PEREIRA, 1995, p. 12).

O Estado passa a reduzir seu papel de executor ou prestador de serviços, mas mantém o seu papel de regulador e todas as suas características burocráticas, porém, camufladas por uma suposta administração gerencial detentora de algumas

formas legais para a utilização das verbas públicas em favor dos lucros para o capital. Este é um dos aspectos EBSEH.

A EBSEH representa a redução do Estado enquanto responsável pelas políticas de educação superior no país assim como seus frutos para a população, já que por sua lógica não seria mais responsabilidade do Estado promover a saúde, por exemplo, mas sim financiá-la e oferecê-la como parceria entre o Estado e o capital, sob a forma de contratos de gestão.

Com a referência antes construída na análise do Plano Diretor da Reforma do Estado, vê-se que a reforma constitucional por meio de projetos de lei, emendas constitucionais e outros instrumentos legais não está descartada do horizonte. A EBSEH propõe algo muito próximo disto; isto é, realiza-se uma enorme reconfiguração do Estado com o singelo argumento de que se está apenas a regulamentar algo que há muito já devia ter sido feito. No caso das Empresas a inadiável demanda é a de regulamentação das “medidas adotadas pelo Governo Federal para viabilizar a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior.” (EBSEH, 2013, p. 02).

Segundo o documento, desde a elaboração do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF – Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010) foram realizadas ações com o intuito de garantir a “reestruturação física e tecnológica e também de solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais dos hospitais.” (EBSEH, 2013, p.2).

Para tanto, criou-se a EBSEH que, dentre outros aspectos, conforme seu Artigo 1º, § 2º poderá ter “subsidiárias para desenvolver as atividades inerentes ao seu objetos social [...]”, quais sejam: de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como as de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de profissionais no campo da saúde pública.

Em consonância com os argumentos de Bresser Pereira acerca da *publicização* de serviços educacionais – para nós contrarreformas da educação – seria interessante o aumento das parcerias entre Estado e as instituições privadas. Nesta concepção, seria admissível a EBSEH celebrar contrato de gestão ou relações consignadas com instâncias não governamentais para capturar recursos que não os público, no entanto, todas as partes estariam aptas também a participarem do orçamento do Estado.

A proposta é a possibilidade de autonomia gerencial e financeira sobre os bens públicos, o que conferem um verdadeiro ataque à autonomia e à democracia universitárias, viabilizados a partir da separação e da transferência de uma importante fração das universidades federais para um novo ente privado.

A partir de um pequeno esforço nos é possível perceber que o argumento da privatização, expressamente garantido a partir das subsidiárias e da desresponsabilização do Estado acerca dos serviços prestados para a população, revela a dimensão financeirizada da vida, que submete à lógica do lucro ao ensino, à assistência e à produção de conhecimento social. Este movimento segue na contramão da reestruturação dos HUF, pois representa verdadeiramente o desmonte da universidade pública

via transferência de verba para outro ente que não o público. Sara Granemann (2012), em entrevista afirma:

Não é necessário ser um especialista em cálculos patrimoniais para se ter claro o tamanho do negócio que está em processo: a abertura de um generosíssimo espaço de inversão de capitais para aqueles que possuem lucros e não encontram boa oportunidade para aplicá-los. Os mal denominados “serviços” se convertem nos dias que correm em ótimas oportunidades de investimentos para os que souberem “empreender”. Com o Estado máximo para o capital não surpreende que os HUF sejam convertidos em interessantes espaços alternativos aos capitais em crise por governantes e gestores servis ao seu projeto. (GRANEMANN, Web. 15 Nov. 2012)

O audacioso projeto de contrarreforma do Estado foi iniciado por Fernando Henrique Cardoso e seguiu em tudo coerente nos governos petistas de Luis Inácio Lula da Silva e o de Dilma Rousseff. Neste sentido a EBSEH representa, a cada assinatura dos “Contratos de Gestão”, a destruição da universidade pública brasileira e um grande ao conjunto da classe trabalhadora pois subtrai seus direitos.

3.2. O Ataque à classe trabalhadora

Afirmou-se até aqui: a EBSEH constitui o ‘pacote’ de contrarreformas do Estado que, compreendidas na sua totalidade, significam a garantia de lucros para as frações burguesas que gozam do direito de comandar - pelos seus prepostos - a economia do país. Cabe-nos perguntar sobre os ganhos para o conjunto da classe trabalhadora oportuni- zados pelo novo ente.

A EBSEH pretende reduzir a ação do Estado do âmbito da educação e da prestação de serviços à saúde, sob argumento velado da ineficácia do Estado; porém, a solução apresentada pelo capital e por seus representantes nos governos é incrementar menos Estado e promover a expansão do capital com o suposto ‘incomum’ que ali há sempre eficiência. Deve-se com isso considerar tal Empresa como um ataque concreto à classe trabalhadora porque sua efetivação estará diretamente relacionada ao conjunto dos trabalhadores que vendem sua força de trabalho nas áreas as quais se pretende implementar as ditas Fundações e também porque os usuários estarão seriamente restringidos ao acesso dos serviços que excederem ao básico.

No que se refere aos trabalhadores da Empresa, haverá mudança na forma de contratação: passar-se-á do Regime Jurídico Único (RJU) ao contrato previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A seleção dos trabalhadores será feita por concurso público precedida de edital público; no entanto, e sempre conforme o que indicam os textos da EBSEH e seus defensores, os trabalhadores com nova forma de contrato perdem sua estabilidade. A perda da estabilidade impõe no âmbito do Estado os riscos aventureiros do mercado, isto porque, da mesma forma que os trabalhadores podem ser contratados de maneira rápida e supostamente ágil, eles podem ser demitidos se as ‘políticas sociais’ não estiverem de acordo

com os excedentes que deverão, necessariamente, propiciar. É importante ressaltar que além do fim da estabilidade, identificamos a possibilidade de existência de contratos temporários em consonância com a política do grande capital de precarização das relações de trabalho.

O argumento que dá sentido a tal prática é o da eficiência, eficácia e quantidade dos serviços prestados, sob o argumento da produtividade largamente implementados no serviço público em todas as esferas do Estado brasileiro. O parâmetro é o de cumprimento de metas que deverá ser alcançado segundo os critérios do gestor. Uma vez não alcançados os objetivos da gestão, a demissão dos trabalhadores está posta de modo claro.

Na apresentação da proposta em fóruns para sua divulgação ideológica seus defensores prometem: a promoção e a profissionalização por mérito único do funcionário e a imediata demissão por insuficiência de desempenho. Preocupa aos analistas comprometidos com a lógica das contrarreformas do Estado a relação entre Hospitais Universitários e estabilidade empregatícia:

Os HUF têm enorme importância na realidade assistencial, em vários estados assumindo o papel principal. A demanda é sempre ascendente, face ao envelhecimento da população, por exemplo, e à introdução e difusão de novas tecnologias assistenciais, muitas vezes estimuladas pelo governo federal. Bom exemplo são os transplantes, em crescimento em todo o País, a exigir novas equipes, numerosas, por conta da intensidade do cuidado. Para atender a essas e outras demandas, irrecusáveis, são necessários concursos ágeis, para perfis profissionais bem específicos, e meios de substituir licenciados, demissionários, aposentados etc. O RJU exige aprovação por lei para cada vaga criada ou transformada, e a decisão é quase sempre centralizada, no MPOG. Assim, a lógica é amarga: mais concursados RJU, mais crescimento, mais terceirizados. (CARVALHO, 2013, p.6-7)

A contratação pelo Regime Jurídico Único é para o texto difundido pelo autor, uma das determinações da ineficiência do Estado. Porém, não nos pode passar despercebido: foram os trabalhadores dos serviços públicos que mais se opuseram aos processos de privatizações do Estado e se posicionaram na luta permanente pela manutenção dos direitos da classe trabalhadora já consolidados nas políticas públicas.

Outra dimensão da face obscura da EBSEH é a estrutura de poder criada nas fundações de direito privado que vivem à sombra dos recursos do fundo público do Estado, e que nos dias atuais, têm sido objeto de grandes denúncias por propiciarem perseguições, submissão dos trabalhadores aos interesses do capital e serem fontes fáceis do suborno e da corrupção de seus dirigentes.

A Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares pretende não só privatizar os serviços sociais, antes de responsabilida- de do Estado, mas pretende repassar para o âmbito privado a manutenção dos direitos básicos dos trabalhadores. Ao realizar tal feito, oportunizará também: dissolver o potencial de organização da força de trabalho com a tática de ameaças ao desemprego e promover a domesticação dos trabalhadores às



normas institucionais, sem possibilidade do contraponto político organizado.

Além disso, o sucateamento dos HUF irá piorar de forma significativa as condições de vida do *trabalhador-usurário* (GRANEMANN, 2012) que terão a oferta de serviços prestados reduzidas em qualidade e quantidade, posto o objetivo da Empresa – disputar no mercado a prestação de serviços como: os convênios de saúde, os 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. De acordo com a entrevista online da analista aludida:

Para ser bastante direta: os trabalhadores pobres deste país terão reduzidas as suas possibilidades de serem tratados quando adoecidos com os mais bem formados profissionais de maneira gratuita. Serão os trabalhadores pobres mais uma vez preteridos nos bons serviços de atendimento à saúde e à educação, mesmo que sejam os que sustentam pelo seu trabalho e pelos impostos que recolhem ao Estado, os principais contribuintes para a formação do fundo público que sustenta todas as ações do Estado, inclusive os HUF e as universidades federais. (GRANEMANN, Web. 15 Nov. 2012)

Outro aspecto importante a ser destacado diz respeito à **permissividade** de patrocínio de previdências privadas⁶ em conformidade com lógica neoliberal de destituição de direitos do trabalhador. A consequência nefasta desta permissão,

6 “Art. 15. A EBSEH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente” (Lei Nº 12.550, 2011)

infelizmente, nos leva a crer que sua forma jurídica lhe possibilitará não contribuir com a formação do fundo público.

O fundo público formado pelo recolhimento de impostos e de contribuições para a seguridade social (previdência, saúde e assistência) e para outras políticas sociais e públicas garantem contraditória e ao mesmo tempo os direitos e a proteção social da classe trabalhadora e os recursos para ‘alavancar’ a acumulação capitalista.

No caso da EBSEH, as Empresas terão recursos advindos do fundo público estatal para realizar a prestação de serviços e poderão contribuir para o fundo com o argumento sustentado na sua função de prestadora de serviços sociais que lhes garante imunidade tributária⁷ conforme a Constituição Federal de 1988.

Tratemos agora do Controle Social tal qual é apresentado no texto *EBSEH Hospitais Universitários – Perguntas e Respostas*. Nas Empresas o Controle Social será substituído por Conselhos das mais diversas conformações na tentativa de destruir os poucos mecanismos de acompanhamento das políticas sociais a que tem assento à classe trabalhadora. Diz o texto:

O Conselho Consultivo é um órgão permanente da Ebserh que, além de prestar apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, tem como uma de suas finalidades o controle social (EBSEH, 2012, p. 3)

7 “Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: (...) VI - instituir impostos sobre: (...) c) patrimônio, renda ou serviços (...), das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei” (CF, 1988)

Quando analisamos com cautela a proposta a partir do exposto no sítio online da Empresa, podemos observar que somente o Conselho Consultivo inclui o “controle social” e o mesmo subordina-se ao Conselho de Administração e a Diretoria Executiva, majoritariamente composto por representantes dos governos, quase sempre remunerados, a depender das regras de cada fundação.

O conceito de sociedade civil que orientou controle social apresentando nos parece ser o mesmo utilizado pelo neoliberalismo e engloba desde a força de trabalho organizada ou não até os representantes do capital; enfim, nada que assegure de fato a classe trabalhadora seus interesses representados.

Tal forma de controle social permite concluir: há um rebaixamento da participação dos movimentos sociais, dos usuários e dos trabalhadores organizados combinada a subordinação de cargos de direção que remunerados podem se por de acordo com os interesses dos diferentes governos e do capital interessado na área dos serviços sociais. Vale dizer, a substituição de conselhos sociais por conselhos gestores tem grandes chances de oportunizar a cooptação da classe trabalhadora pelos governos. Falta à Empresa um modelo apropriado de participação ampla daqueles que de fato representam as necessidades dos trabalhadores e do interesse público.

3.3. Interesse do Estado capitalista brasileiro

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares localiza-se nos marcos da contrarreforma do Estado para a expansão do capital sob o domínio das finanças. No entanto, traz consigo um aspecto importante do significado atual do Estado capitalista e da sua funcionalidade.

Com o declínio do governo militar em meados da década de 1970, novas articulações entre os trabalhadores ganharam destaque na conjuntura social brasileira. A década de 1980 foi um período de nossa história de grandes avanços sociais, momento de grandes conquistas dos trabalhadores que possibilitou o surgimento de entidades importantes para a organização das lutas coletivas da classe, como o PT (Partido dos Trabalhadores), a CUT (Central Única dos Trabalhadores) e o fortalecimento da UNE (União Nacional dos Estudantes).

Foi um período de ascenso dos movimentos sociais e da organização da classe trabalhadora. Muitas vitórias foram alcançadas e garantidas na Constituição Federal de 1988, expressão oficial, até então inexistente, dos direitos dos trabalhadores assegurados em lei.

Na década de 1990, com o fim do socialismo no Leste Europeu, um vendaval oportunista cobriu todo o território mundial: ali o esforço do capital foi apresentar-se como a única possibilidade posta para a humanidade; para si o capital sabia que esta era a oportunidade da retomada de seus índices de desenvolvimento e de acumulação com enormes lucros pelo planeta.

Os efeitos desta conjuntura político-econômica no Brasil e nos demais países latino-americanos são conhecidos e debatidos em literatura recente acerca do processo⁸.

Cabe-nos lembrar: na EBSEH a perspectiva de Estado nos parece inteiramente diferenciada daquele que os trabalhadores puderam imprimir no capítulo da Seguridade Social, na Constituição Federal de 1988. O Estado que tem o dever de atender as demandas do conjunto da população transfigura-se, por este iniciativa, no Estado mínimo. A subvalorização das necessidades reais da classe trabalhadora está submetida aos interesses expansionistas do grande capital e ao desmonte do Estado.

Lembremos também das caracterizações do Estado contidas no Plano Diretor (2005) e sua tradução pela via dos núcleos estratégicos do Estado, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e o setor de produção de bens e serviços.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares criada a partir da Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, é uma instituição de direito privado autorizada a exercer atividade estatal que não seja exclusiva do Estado como a saúde, a educação e a ciência e tecnologia, conforme o Plano Diretor. Vê-se assim, ainda que de modo inicial, as poderosas articulações e os complexos nexos entre a EBSEH e os interesses do grande capital. Esta iniciativa conforma e oferece viabilidade a contrarreforma do Estado brasileiro.

Considerações Finais

A Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, deve ser entendida, simultaneamente, como um dos mecanismos de desmonte do serviço público e um ataque direto aos direitos da classe trabalhadora. A lei encontrou condições favoráveis para sua implementação já há algum tempo e em seus primórdios pode-se remontar à política de re-funcionalização do Estado ao grande capital, sob a ditadura militar. Mais recentemente, em outro estágio e necessidades do capitalismo, conecta-se à contrarreforma do Estado posta em curso no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Conforme descrito ao longo do trabalho, já em 1968 o Estado ditatorial e em todas as suas posteriores reformas, propiciou as bases para o desmonte do Estado no período atual. Este processo significou a implementação da política do grande capital no país e em toda a América Latina.

Desde a ditadura, a tática disseminada pelo Estado para favorecer a implementação de grandes empresas no país foi a de abrir o mercado interno para as multinacionais e a elevação dos índices de extração de mais-valia. Esta política esteve calçada em ideais culturais como a de ineficiência dos serviços públicos, baixa produtividade em relação às supostas metas definidas, baixo nível de qualidade dos serviços prestados à população e acomodação dos servidores públicos apoiados na estabilidade oferecida pelo Regime Jurídico Único.

Essa cultura ofereceu ao trabalhador a noção de que o mercado de trabalho competitivo e individualista, com relações flexíveis, seria o melhor para o cotidiano do assalariado. Porém, a eficácia de um tal discurso foi facilmente destruída com a primeira crise inflacionária e as altas taxas de desemprego do país na década de 1990. O índice de crescimento

8 Para maiores informações consultar Antunes (2002).

econômico estagnou e um grande processo de privatização das indústrias estatais teve início. Os setores mais rentáveis da economia foram oferecidos e rifados ao capital por preços abaixo de seus valores reais.

O mercado competitivo de trabalho não oferecia ao trabalhador a certeza da manutenção da própria vida e os altos índices de inflação foram compensados com o congelamento dos salários, aumento da exploração e o desemprego em massa.

O Estado capitalista para solucionar as crises do seu modo de produção utilizou-se de contrarreformas como instrumentos norteadores e efetivos da garantia dos lucros. Suas políticas favorecem ao grande capital e o conceito estatal de gerenciamento 'estimulou' a organização da vida política do Brasil e do trabalhador, na direção do lucro e da acumulação como valores maiores dos seres sociais.

No horizonte destes projetos é que a EBSEERH ganha sentido: para o Estado capitalista ela é uma contrarreforma que direciona verbas públicas para empresas privadas. Estas empresas nortearão a nova forma de gerenciamento dos órgãos públicos e, súbito, as ineficiências, baixa produtividade e a estabilidade do servidor público deixarão de ser problemas.

Não podemos deixar de notar que as expressões da questão social⁹ neste processo se reduzem a um problema de *gerenciamento* e expressam verdadeiramente o seu significado: representações e consequências no mundo do trabalho das contradições inerentes a relação capital e trabalho.

A criação da lei que versa sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, priorizada pelo governo de Dilma Rousseff, não se diferencia em conteúdo dos processos de privatização das estatais do período em que governou Fernando Henrique Cardoso ou ainda das privatizações realizadas durante o governo de Lula da Silva.

A análise acerca do governo Lula deixa em evidência vários ataques ao conjunto da classe trabalhadora desde que o referido presidente chegou ao cargo. Vivenciamos a continuidade do sucateamento da saúde com os diferentes projetos de privatização das redes do Sistema Único de Saúde (SUS); vivenciamos a Reforma da Previdência, o REUNI, que expressa o sucateamento das universidades públicas, e, ainda, a renovação do acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Todas essas iniciativas revelaram – e revelam – a continuidade da implementação das contrarreformas no Estado brasileiro.

A EBSEERH é a forma atual e mistificada de oferecer lucros e perspectivas de novas mercadorias aos capitais pelo processo de sucateamento das políticas sociais a partir do desmonte dos Hospitais Universitários Federais de modo geral. A atenta leitura da totalidade da Empresa não deixa dúvidas: esta é uma proposta de contrarreforma do Estado que combina redução dos direitos sociais com fortes e sistemáticas tentativas de anulação das possibilidades de organização política da classe trabalhadora

ra pois se configura, quando cuidadosamente analisada, em um instrumento de desarticulação da classe trabalhadora.

A organização dos trabalhadores sempre foi um polo de oposição contra- hegemônico importante no país, em especial no que tange ao funcionalismo público e as oposições contra os processos de privatização na década de 1990. Sabe-se contudo que o estado do capital pode combinar – e combinou ao longo de sua existência – momentos de democracia formal e de ataques com profunda coerção e violência. A EBSEERH não reproduz o ataque direto aos trabalhadores como os desferidos pela Ditadura, mas situa-se no âmbito da mistificação que recorre ao adjetivo estatal para poder implementar uma modalidade de privatização.

Importa-nos também dizer que existem outras formas de análise para combater a suposta 'ineficácia' do serviço público. Mais verbas para os serviços públicos, maior investimento em infraestrutura, salários corrigidos para toda a classe e para os servidores públicos que executam tais políticas sociais e o mapeamento das reais necessidades das instituições e da população atendida seriam passos importantes para superar a crise de gerenciamento do Estado. Mas, isto supõe potencializar as lutas sociais e reconstruir os direitos dos trabalhadores, o que não corresponde aos interesses do capital.

Na atualidade, o governo federal tem se posicionado de forma inflexível diante das mobilizações daqueles que se mostram contrários à política de favorecimento do grande capital no seu ousado projeto de contrarreforma do Estado. Todavia, as políticas impostas pelo governo tem encontrado resistência no bojo da organização dos trabalhadores. Como exemplo citamos suspensão da votação da EBSEERH, em setembro de 2013, durante a sessão do Conselho Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Seu Reitor Carlos Levi adiou a aprovação da proposta de contratação da subsidiária pautada para aquela reunião de colegiado. O adiamento só foi possível através da mobilização daqueles que defendem a universidade pública e a autonomia universitária.

Lembramos também que na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), os funcionários públicos do seu Hospital Universitário ajuizaram em outubro de 2013 uma ação solicitando o fim do contrato com a EBSEERH com a Universidade, firmado em janeiro deste ano. O argumento para tal suspensão se apoia na justa denúncia de que o Reitor assinou o contrato sem o submeter à decisão ao Conselho Universitário, considerado órgão máximo de deliberação e decisão dentro da UFTM.

Percebemos com isso que embora os ataques do governo sejam cada vez maiores e inescrupulosos, as lutas atuais devem ser orientadas pela preservação e pelo avanço dos direitos sociais conquistados. Neste sentido, tornam-se urgentes as frentes de organização dos trabalhadores contra as formas de *privatização não-clássicas* dos serviços públicos.

9 De acordo com Pastorine a questão social possui três pilares centrais “[...] em primeiro lugar, podemos afirmar que a ‘questão social’ propriamente dita remete à relação capital/trabalho (exploração), seja vinculada diretamente com o trabalho assalariado ou com o ‘não trabalho’; em segundo, que o atendimento da ‘questão social’ vincula-se diretamente àqueles problemas e grupos sociais que podem colocar em xeque a ordem socialmente estabelecida (preocupação com a coesão social); e, finalmente, que ela é expressão das manifestações das desigualdades e antagonismos ancorados nas contradições próprias da sociedade burguesa capitalista” (PASTORINE, 2004:111).

Referências Bibliográficas

- ANTUNES, Ricardo (Org.) *Neoliberalismo, trabalho sindicato: reestruturação produtiva na Inglaterra e no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- BEHRING, Elaine. *Brasil em Contra-reforma: desestruturação e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOBBIO, Norberto. *O Conceito da Sociedade Civil*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 33. São Paulo: Saraiva, 2004.
- _____. *Emenda Constitucional N°19, de 04 julho de 1998*. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 11 de novembro 2008.
- _____. *Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011*. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em: 20 de novembro de 2013
- _____. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2013
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *A reforma do Estado dos anos 90 crise e reforma*. Disponível em: <http://www.mare.gov.br/reforma>. Acesso em 11 de novembro de 2008.
- _____. *Novo Desenvolvimento e Ortodoxia Convencional*. Disponível em: www.bresserpereira.org.br. Acesso em 04 de agosto de 2008.
- _____. *Reforma da Gestão Pública de 95: Resposta ao capitalismo Global e à Democracia*. Disponível em: www.bresserpereira.org.br. Acesso em 04 de agosto de 2008.
- CARVALHO, Amâncio. *A EBSEH, segundo fundamentos da realidade*. Disponível em: <http://www.ufrj.br/ebserh/docs/Ebserh-artigo-fundamentos.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2013.
- EBSEH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *EBSEH Hospitais Universitário Federais- Perguntas e Respostas*. Disponível em: http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/cartilha_perguntas_e_respostas_v.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2013.
- GRANEMANN, Sara. *Sara Granemann analisa e denuncia a privatização dos hospitais universitários. Entrevista com MARINONE*. Bruno. Novembro de 2012. Disponível <http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=376>. Acesso em 20 de novembro de 2013.
- _____. *Fundações Estatais: projeto de Estado do capital*. (org. Bravo ET all.), Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2007 (Coletânea).
- IANNI, Octavio. *A Ditadura do Grande Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
- LENIN, Vladimir. *O Imperialismo, fase superior do capitalismo*. Centauro, São Paulo, 2000.
- MONTAÑO, Carlos. *Terceiro Setor e Questão Social*. São Paulo: Cortez, 2002.
- NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social. Uma Análise do Serviço Social no Brasil Pós-64*. São Paulo: Cortez, 1991. V. 1.
- PASTORINE, Alejandra. *A Categoria "Questão Social" em Debate*. São Paulo: Cortez, 2004.

2.3. EBSEERH: lutas e resistências à lógica mercantil nas Universidades

Maria Valéria Costa Correia

Introdução

A EBSEERH tem trazido para o centro das Universidades federais um debate acalorado em torno da concepção de Universidade pública, de autonomia universitária e de seu alinhamento aos desígnios do mercado. As resistências de professores, técnicos e estudantes, em cada Universidade deste país, à entrada da Empresa e ao projeto de Universidade e de educação e saúde pública que ela é caudatária, tem proporcionado uma cisão entre os que já naturalizam a lógica do mercado neste espaço e os que resistem à mesma, projetando uma disputa acirrada de hegemonia neste importante espaço de formação há muito não assistido.

A entrega dos Hospitais Universitários (HUs) para uma empresa com personalidade jurídica de direito privado rompe com o caráter eminentemente público da Universidade e permite que a lógica do setor privado seja predominante neste espaço. Está em jogo a quebra da autonomia universitária, da liberdade de ensinar, estudar e pesquisar, em um Hospital Universitário, a partir da necessidade em saúde e do processo de formação profissional. A predominância da lógica mercantil, neste espaço, leva à priorização dos interesses do mercado privado da educação e da saúde, da indústria de equipamentos e medicamentos. 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, caso esta Empresa se estabeleça dentro das Universidades. Está em jogo o projeto de Universidade pública, de qualidade, socialmente referenciada.

1. Empresa de Direito Privado: regência dos interesses do mercado

A EBSEERH foi apresentada como a solução do Governo Federal para a denominada “crise” dos Hospitais Universitários (HUs), resultado da progressiva redução de pessoal que assolou

o setor público e da falta de investimentos para dar conta de toda a missão de atenção social (ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde), característica dos HUs. A principal justificativa para criação da Empresa apresentada pelo Governo Federal seria a necessidade de “regularizar” a situação dos funcionários terceirizados dos HUs em todo o país (26 mil trabalhadores)¹.

As saídas para esta crise seria mais recursos financeiros para os HUs e concurso público para suprir a carência de recursos humanos. Entretanto, o governo apresenta como saída transformar os HUs em uma empresa, através da EBSEERH que segue o modelo de uma “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 [...] (Inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967).² Que atividade econômica se quer explorar nos HUs? Saúde e educação são direitos sociais consagrados na Constituição de 1988 (Art. 196 e 205), não podem se tornar atividades econômicas no âmbito do Estado.

A Lei 12.550/2011 traz expressões próprias do mercado que demonstram o alinhamento com os interesses a ele inerentes. No Artigo 8º: “constituem recursos da EBSEERH”, além dos “recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União”, as re-

1 Acórdão 1520/2006 – TCU acolhendo proposta do Ministério do Planejamento, fixara cronograma de 4 anos para a realização de concursos públicos visando à substituição de expressivo contingente de agentes terceirizados em vários órgãos e entidades da Administração Pública federal, em especial nos 45 Hospitais Universitários (HU), prazo que expirou em 31 de dezembro de 2010. Em 30 de dezembro de 2010, foi editada a Medida Provisória nº 520 para criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH). No entanto, devido ao esgotamento do prazo para a sua votação no Senado, o seu conteúdo foi retomado através do Projeto de Lei nº 1.749/2011, que “autoriza o Poder Executivo a criar a EBSEERH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos”. Este PL sofreu algumas alterações e se transformou na Lei 12.550 que criou a EBSEERH, em 15 de dezembro de 2011.

2 Este inciso desta lei é citado no 1º artigo da Lei 12.550/2011: “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.”

ceitas decorrentes “dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais” e “IV - rendas provenientes de outras fontes” [...] “Parágrafo único. O lucro líquido da EBSEH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa”.

O caráter mercantil, próprio do direito privado, também é explicitado nesta Lei, no parágrafo segundo do seu artigo 1º, ao autorizar a EBSEH “a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social [...]”. De acordo Com Silva (2012), “embora a Lei preveja que a empresa pública federal (Ebserh) terá 100% do capital integralizado pela União, há possibilidade de criação de subsidiárias regionais, as quais poderão alienar, no todo ou em parte, o capital da entidade, nos termos dos artigos 251 a 253 da Lei das Sociedades Anônimas” (SILVA, 2012). A autora alerta que “o grande problema das empresas públicas em áreas sociais como educação e saúde, por exemplo, é começar 100% pública, mas depois, constituir subsidiárias” (SILVA, 2012).

Em janeiro de 2013, o então Procurador-Geral da República, Roberto Gurgel, ajuizou no Supremo Tribunal Federal (STF), uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 4895) contra dispositivos da Lei 12.550/2011, que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). Para Gurgel, a lei viola dispositivos constitucionais ao atribuir à EBSEH a prestação de um serviço público.

2. Desrespeito material à autonomia universitária

Na prática, a gerência da Empresa, com poderes amplos para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos administrativos internos e definir metas de gestão, acabaria com a vinculação dos HUs às Universidades. O artigo 13 da lei da Ebserh expressa este desrespeito: “Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres autorizadas a ceder à EBSEH, no âmbito e durante a vigência do contrato de que trata o art. 6º, bens e direitos necessários à sua execução” (Art. 13 da Lei 12.550/2011).

Segundo Dalmo Dallari,

um Hospital Universitário, criado e mantido pelo Poder Público, é um estabelecimento oficial de ensino que, conforme princípio constante do art. 207 da Constituição, integra, indissociavelmente, ensino, pesquisa e extensão. O que lhe dá a característica de Hospital Universitário é justamente o fato de estar integrado numa Universidade, uma instituição de ensino superior. (Dallari apud Silva, 2012).

Abre-se o precedente para a priorização nos HUs de temas de pesquisa e cursos que atendam ao ‘mercado’ e não às necessidades sociais de saúde dos usuários do SUS. Segundo March (2012), o atendimento será regido pelos interesses das indústrias farmacêuticas e de equipamentos de diagnóstico e de terapêutica que se referenciam na obtenção de lucro, em detrimento do desenvolvimento de projetos de pesquisa e de extensão referenciados nas necessidades dos usuários do SUS.

Neste sentido, o Memorial da Associação Nacional do

Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Nacional do Ministério Público de Contas (AMPCON) e Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil (ANTC), encaminhado em 05 de junho de 2013, ao Ministro do STF, Dias Toffoli, relator da ADI 4895, expõe sobre a privatização da saúde e educação com a EBSEH e seus impactos nas pesquisas dos HUs:

Sendo o lucro característica inerente e marcante da iniciativa privada, a EBSEH muito provavelmente não se preocupará com a promoção de uma educação ‘visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho’ tal qual visou o constituinte ao conceber o Estado, sendo preteridas as pesquisas que não atendam às expectativas da geração de grande margem de lucro. [...] Nesse sentido, tem-se que a transferência da gestão dos hospitais de ensino à EBSEH poderia caracterizar, em um primeiro momento, o início da privatização dos serviços públicos de saúde e educação, e, ainda, o fim das pesquisas voltadas para os interesses sociais, afinal o objetivo primordial da criação de empresas públicas, sociedades de economia mista e suas subsidiárias constituem o núcleo do Programa Nacional de Desestatização da década de noventa que resultou na Emenda nº 19, de 1998, também conhecida como Reforma Administrativa, que introduziu significativas alterações no Capítulo da Ordem Econômica (artigos 170 a 175), que, registra-se, não guarda qualquer relação quanto à prestação dos serviços públicos disciplinados no Capítulo da Ordem Social (Memorial da AMPASA, AMPCON e ANTC ao Ministro do STF sobre a ADI 4895, de 05 de junho de 2013).

Este documento também aponta a quebra da autonomia universitária com a EBSEH, ao considerar que “esse arranjo inovador implica grave afronta aos artigos 206 e 207 da Constituição de 1988, que asseguram a autonomia universitária e a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão como alicerces garantidores do livre aprender e ensinar” (idem).

Outra questão importante que expressa esta perda de autonomia nos HUs é a centralização da gestão na Ebserh que tem sede em Brasília. Nestes Hospitais está prevista apenas uma “estrutura de governança das Unidades Hospitalares” que serão “administradas pela EBSEH”. Esta estrutura é constituída por um “Colegiado Executivo”, composto por: Superintendente, Gerente de Atenção à Saúde, Gerente Administrativo e Gerente de Ensino e Pesquisa (art. 46 do Regimento Interno da EBSEH).

Observa-se que todos os cargos são de livre nomeação, sendo que somente o superintendente será escolhido entre os docentes do quadro permanente da Universidade contratante. As demais gerências serão selecionadas por um comitê composto pela Ebserh e pelo superintendente, sem menção à necessidade de vinculação à Instituição Federal de Ensino à qual o hospital é atrelado. Questiona-se: Como ficam as instâncias deliberativas da Universidade - colegiados superiores, de unidade, de curso e departamentais, já que as atividades de ensino, pesquisa e assistência desenvolvidas nos HU serão definidas pelo MEC e pela Ebserh? O que fazer com os projetos institucionais e político-pedagógicos das Universidades? Haveria autonomia dos departamentos na lotação dos docentes no HU? O Hospital po-

deria ser campo de estudo de estudantes de outras instituições? Haveria eleição para a direção do hospital como é de costume?

Outro problema poderá vir à tona com a referida centralização da gestão dos HUs, na Empresa matriz em Brasília, pois esta implica também a centralização de um grande volume de recursos, a qual pode promover uma disputa partidária para o seu comando, como aponta o Memorial anteriormente citado:

Com potencial de centralizar os orçamentos de (mais de) 45 hospitais de ensino federais, que podem totalizar R\$ 6 bilhões anuais, a EBSEERH certamente despertará o interesse de diversos partidos políticos pelo seu comando, indicação de cargos e demais formas de influência e clientelismo. Por cifras inferiores, partidos políticos se lançam em disputas fratricidas pelo comando de outras estatais federais. [...] No caso da EBSEERH, com orçamento que pode chegar ao volume mencionado, a luta partidária por espaços na empresa tende a ser infinitamente maior, dado que as atividades desempenhadas pela estatal tocam, diretamente, em direitos fundamentais do cidadão como o acesso à educação e à saúde (Memorial da AMPASA, AMPCON e ANTC ao Ministro do STF sobre a ADI 4895, de 05 de junho de 2013).

3. Prejuízos aos usuários do SUS

O ressarcimento dos atendimentos prestados aos usuários do SUS que tenham planos privados de saúde, previsto pela Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, que era feito diretamente ao Fundo Público de Saúde, será feito à Ebserh (caso as universidades efetuem o contrato com a mesma), a partir da identificação dos usuários na porta de entrada dos hospitais universitários, quando utilizarem seus serviços.

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).

Outro fato importante é que o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que já tem modelo de gestão semelhante ao da Ebserh e que vem sendo usado como referência pelo Governo Federal para a implantação desta Empresa nos HUs, já adota a inconstitucional dupla porta de entrada em hospital público, com um percentual de cerca de 20% dos leitos disponibilizados para usuários de planos privados de saúde, como Saúde Bradesco, CASSI, Unimed, entre outros.

4. Recomposição e regularização da força de trabalho ou aprofundamento da precarização do trabalho?

Ao permitir (artigos 10º e 11º) a contratação de fun-

cionários através da CLT por tempo determinado (contrato temporário de trabalho), a EBSEERH descumpre o Acórdão do Tribunal de Contas da União, de 2006, que determinou a realização de concursos públicos imediatos, via Regime Jurídico Único (RJU), para a substituição do pessoal terceirizado dos Hospitais Universitários. Também viola o princípio da moralidade na contratação pública, já que o artigo 12º da Lei 12.550/2011 permite a celebração de contratos temporários de emprego, mediante processo seletivo simplificado.

A ADI 4895/2013 questiona os artigos 10, 11 e 12 da Lei 12.550/2011, que tratam da forma de contratação de servidores da empresa por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de processo seletivo simplificado e de contratos temporários. Baseado na ADI 2.135 deferida pelo STF, que retoma a obrigatoriedade do Regime Jurídico Único (RJU), no âmbito da administração direta, autárquica e fundacional: “Desse modo, é inconstitucional a regra contida no art. 10 da Lei 12.550, segundo a qual ‘o regime de pessoal permanente da EBSEERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho-CLT’” (ADI 4895/2013).

A gestão hospitalar pela EBSEERH significaria o oposto do que tem defendido e reivindicado os profissionais da saúde: no lugar do concurso e carreira públicos, teríamos o agravamento da precarização do trabalho contrariando frontalmente o Acórdão citado, o interesse público e o bom senso. March (2012) chama a atenção que se trata da extinção progressiva de um contingente de cargos públicos federais do Regime Jurídico Único sem precedentes no serviço público federal.

5. Que controle social propõe?

O Regimento da EBSEERH explicita as restrições na participação do segmento dos trabalhadores e usuários do SUS, expressando um flagrante desrespeito ao controle social conquistado. A Empresa propõe: um Conselho de Administração, com representação de apenas um trabalhador que não poderá participar das reuniões que forem tratados sobre relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens [...] (art. 9º Reg. Int. Ebserh); e um Conselho Consultivo, com a representação de um usuário e um trabalhador (art. 16º Reg Int. Ebserh).

Além disto, a própria criação da EBSEERH desrespeita as instâncias de controle social que deliberaram pela não criação e implantação da EBSEERH nos HUs: a 14ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e vários Conselhos Estaduais de Saúde.

6. Processo de adesão à EBSEERH

O governo vem impondo a adesão das Universidades à EBSEERH, usando como principal argumento a não realização de concurso via RJU para substituição do pessoal terceirizado nos HUs, e vem impondo a EBSEERH como única forma de resolver o problema de recursos humanos. O procurador *Júlio Marcelo de Oliveira* faz uma pertinente denúncia sobre esta imposição:

Cumprir denunciar que o Poder Executivo está

atuando de forma inconstitucional, ilegítima e imoral em sua tentativa de implantar a EBSEH nos HUs deste país, usando indevidamente o nome do Tribunal de Contas da União como meio de pressão ilegítima, de absurda coação moral, para constranger os gestores das universidades federais, especialmente seus reitores e os diretores dos HUs, a aceitarem essa verdadeira intervenção na gestão das universidades como única saída legal para o grave problema dos terceirizados nos HUs (Oliveira, 2012).

Já Eduardo Varandas, Procurador chefe do Ministério Público do Trabalho da Paraíba, considera a forma de adesão à EBSEH imposta pelo governo federal como “um terrorismo social”. Afirma que “dizer que você pode tomar a decisão, mas arcará com as piores consequências se não aceitar, não é, de fato, uma opção. É uma ameaça. É o que chamamos de assédio”. Completou: “o que eu vejo, na verdade, é um processo de permissividade, de submissão, das universidades às ordens emanadas do Poder Executivo Federal” [...] “A abordagem do governo federal sobre essas unidades viola a autonomia universitária” (Procurador chefe do Ministério Público do Trabalho/PB).

Outro ponto a ser destacado é que o processo de adesão à Ebserh tem revelado o quanto ainda a Universidade tem sido um espaço antidemocrático. O autoritarismo e a forma truculenta de aprovação de adesão e/ou do contrato com a Empresa revela este lado das Universidades. Em algumas, o processo de adesão deu-se sem debate com os diversos setores da comunidade universitária e da sociedade, apenas através de um gesto monocrático do reitor, com uma simples assinatura de um documento sinalizando a adesão. Em outras, com aprovação instantânea dos Conselhos Universitários, em que a maioria dos conselheiros seguiu a decisão da gestão, aprovando minutas dos contratos que não esclareciam sobre as atividades de ensino, pesquisa e extensão a serem desenvolvidas pela empresa, sem mesmo terem acesso aos anexos do contrato como: o quadro de servidores a ser cedido, o inventário de bens, o plano de reestruturação dos HUs, as metas e ações. A insuficiência do acesso a estas informações aumenta a ameaça à autonomia universitária e demonstra o quanto os votos dos conselheiros estavam previamente comprometidos com a direção apontada pelos gestores.

Em muitas Universidades, a comunidade universitária foi impedida, através de aparato repressor, de participar da reunião do Conselho Universitário em que a decisão sobre a referida adesão seria tomada. Ressalta-se ainda que muitos reitores aprovaram a Ebserh nos seus conselhos universitários sem usar o quórum qualificado, ou seja, 2/3 dos votos para tal decisão que diz respeito a mudança de gestão, mesmo estando previsto em alguns regimentos de Universidades a necessidade deste quórum.

Na UFBA, segundo a ASSUFBA³, a *postura do reitorado tem sido de pouco diálogo sobre este tema, a exemplo da assinatura do contrato, o qual, nem os conselheiros universitários tiveram acesso e, em 26/12/2013, os servidores do Complexo Hupes e da Maternidade Climério de Oliveira foram cedidos à EBSEH pela Portaria de nº 277/2013. Na UFCG, apesar*

do Conselho Universitário ter decidido contra a adesão à EBSEH, o reitor assinou o documento de adesão, em um ato monocrático, sob protestos da comunidade universitária.

Entretanto, há muito não se via uma reação tão expressiva a uma imposição do Governo Federal, incorporada passivamente e ativamente pelos reitores, que interfere diretamente sobre a autonomia universitária e, principalmente, no seu caráter público, com a mudança da personalidade jurídica: de autarquia dotada de *personalidade jurídica* de direito público, passa-se para uma empresa pública de direito privado. Esta reação se deve, especialmente, porque os HUs além de serem instituições de ensino, pesquisa e extensão, são instituições de assistência à saúde, na média e alta complexidade, congregando o maior complexo hospitalar do país.

7. Resistências e lutas contra a EBSEH

A reação unificou não só os setores que fazem a Universidade e suas entidades representativas locais e nacionais – professores (seções sindicais e ANDES), técnicos-administrativos (Sindicatos dos técnicos das IFES e FASUBRA) e estudantes (CAs, DAs e DCEs) – mas, também setores importantes organizados na sociedade civil, como sindicatos e conselhos profissionais da área da saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde, em muitos casos, articulados pelos Fóruns de Saúde nos estados. Esta reação das entidades em articulação com estes Fóruns, em âmbito estadual, e em âmbito nacional com a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, vem se dando através da ação direta com vários tipos de mobilizações, no campo jurídico, no âmbito do debate e da produção acadêmica, nos espaços de controle social, e na mídia.

Exemplos de ação direta, como reação a uma confusa aprovação no Conselho Universitário, sem uma visível⁴ contagem de votos a favor e contrários à adesão à EBSEH, deu-se na UFPE, com imediata ocupação da reitoria por estudantes. Houve também ocupação na UFPA, no dia em que a adesão à Empresa entraria na pauta do seu Conselho, e até o momento não houve adesão por parte desta Universidade. Na maioria das Universidades que têm HU, foram realizadas várias atividades de mobilização contra a EBSEH, como: passeatas nas ruas, abraços ao HU, atos no centro da cidade, debates nas unidades de saúde, no HU e na Universidade, visitas com grandes mobilizações à reitoria, às reuniões do Conselho Universitário, entrega de inúmeros documentos ao reitor e aos conselheiros, debates prévios nas Unidades Acadêmicas, entre outros. Entretanto, em muitas Universidades, a exemplo da UFAL, o contrato⁵ com a EBSEH foi aprovado de portas fechadas, com forte aparato repressivo para impedir a comunidade universitária de participar da reunião do Conselho Universitário. Já na UFRJ, que tem 9 hospitais vinculados, após várias outras mobilizações, em uma reunião

3 Reitora da UFBA cede funcionários do Hupes e MCO à EBSEH. Postado em 03/02/2014:

<http://www.assufba.org/2014/02/reitora-da-ufba-cede-funcionarios-hupes-mco-a-ebserh/> Acesso em: 05 fev. 2014.

4 Vídeo: <http://g1.globo.com/videos/pernambuco/netv-2edicao/t/edicoes/v/em-meio-a-protestos-conselho-da-ufpe-aprova-novo-contrato-de-gestao-do-hc/2993131/>

5 Cerca de um ano antes, o reitor da UFAL já havia feito a adesão à EBSEH de forma monocrática.

do Conselho Universitário com a presença de mais de 1000 pessoas, decidiram pela busca de saídas para o enfrentamento dos problemas nos hospitais sem a adesão à Ebserh.

Em outras universidades, sequer passou pelo conselho universitário, a adesão deu-se de forma autocrática pelo reitor: UFMA⁶, UFAL⁷, UFTM, UFES, UFS e UNIVASF. Na UFES, no dia 06 de maio de 2013, após tomarem conhecimento da assinatura do contrato com a EBSEH, sem passar no Conselho Universitário, e da publicação na página virtual desta Universidade da lista de pessoas que iriam ser cedidas para outros campi e as que iriam ficar na EBSEH, os trabalhadores do HUCAM deliberaram em assembleia pela deflagração da greve. Esta greve teve como pauta: 1- Contra a EBSEH, 2-Pela não subordinação dos trabalhadores do HUCAM a gerência da EBSEH, 3- pela manutenção da jornada de trabalho de 30 horas.

No campo jurídico, em outubro de 2012, a FASUBRA, ANDES e FENASPS, com apoio da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde⁸, elaboraram uma Representação à PGR, questionando a constitucionalidade da lei 12.550 que cria a Ebserh. Em resposta a esta representação, em janeiro de 2013, o então Procurador Geral da República, Roberto Gurgel, entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI nº 4895, no Supremo Tribunal Federal (STF). Em março de 2013, as referidas entidades e mais a ANTC, tiveram reunião com a procuradora, Débora Duprat, para entregar memorando sobre a EBSEH. Nesta mesma data, estas entidades tiveram audiência⁹ Ministro Dias Toffoli, relator da ADI 4895/2013. A partir do mês de março de 2013 várias entidades entraram com *Ami-*

cus Curiae junto a ADI 4895: FASUBRA, FENASPS, ANDES; AMPASA, AMPCON, ANTC; CFM; FENAM. Em 22 de maio deste ano foi emitido o Parecer Final da PGR sobre a referida ADI. Em 05 de junho foi entregue um Memorial ao Ministro Dias Toffoli, elaborado pela AMPASA, AMPCON e ANTC.

Os Fóruns estaduais de Saúde e demais entidades também estão provocando ações jurídicas para anular a adesão e os contratos assinados entre as Universidades e a EBSEH. Foram realizadas audiências públicas promovidas pelas PRDCs em alguns estados, com a presença de representantes da EBSEH, reitores, diretores dos HUs e entidades ligadas às Universidades e Fóruns de Saúde. Existe Ação Civil Pública do MPF/DF solicitando nulidade da adesão e do contrato da UnB com a Empresa¹⁰. Também tramita Ação Civil Pública do MPF/SE solicitando anulação do contrato da UFS com a mesma e a suspensão do concurso público anunciado.¹¹ Na Universidade do Triângulo Mineiro (UFTM) existe Inquérito Civil Público do MPF para apurar irregularidades no contrato desta Universidade com a Empresa. Existe também, em Alagoas, Inquérito Civil Público¹² que questiona o ato do Reitor da UFAL e a Lei 12.550/2011, que criou a EBSEH.

Em abril de 2013, entidades federais ligadas à educação e à saúde construíram um Plebiscito Nacional sobre a EBSEH. Foram envolvidas mais de 60 mil pessoas nesse debate, onde 96% disseram não à EBSEH. Foram coletados votos da comunidade universitária e entre os usuários dos hospitais universitários. O plebiscito nacional foi uma campanha organizada pelos setores sindicais, estudantis e do movimento social que estão na luta contra a adesão dos Hospitais universitários à EBSEH, capitaneados pela FASUBRA e com apoio da Frente Nacional contra a Privatização da saúde e dos Fóruns estaduais e municipais de Saúde.

No âmbito do controle democrático do controle social¹³, a referida Frente Nacional visitou o Conselho Nacional de Saúde, em 12 de setembro de 2012, para entregar documento e realizar intervenções solicitando a aprovação de Resolução deste Conselho contra à EBSEH. Depois de um longo debate, o CNS aprovou a referida Moção e Resolução. Já havia sido aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde,¹⁴ realizada de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, a seguinte proposta: “Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais” (Relatório da 14ª CNS, Ministério da Saúde, 2012).

6 Em 13 de março de 2013, a Associação de Professores da Universidade Federal do Maranhão - APRUMA, órgão de representação da categoria dos professores da Universidade Federal do Maranhão, entrou com ação jurídica para suspensão de todos os atos tendentes a efetivar a adesão da UFMA à EBSEH e a procedência da ação para determinar o cancelamento da contratação com a EBSEH. A APRUMA e o Fórum de Saúde do Maranhão empreenderam uma batalha contra a implantação da Empresa no HU, não só no campo jurídico, mas, sobretudo em realização de mobilizações que articularam um conjunto de trabalhadores da UFMA, estudantes e setores organizados na sociedade civil.

7 Na UFAL, muito antes da adesão monocrática do Reitor, em 20 de dezembro de 2012, O Fórum em Defesa do SUS e contra a Privatização, junto à ADUFAL, ao SINTUFAL e ao DCE, formaram um Comitê Unificado contra a EBSEH, no início de 2012. Assim, organizaram seminários, várias manifestações contra a EBSEH, participaram sistematicamente das reuniões do Conselho Diretor do HU e do Conselho Universitário, produziram textos, panfletos, cartas e vídeos para fazer o contraponto aos argumentos favoráveis à Empresa. Construíram uma verdadeira trincheira de lutas contra a EBSEH, inclusive com realização de debates e votação nas Unidades Acadêmicas.

8 Frente Nacional contra a Privatização da Saúde inicia suas articulações no campo jurídico contra a EBSEH, durante o seu III Seminário Nacional, na cidade de Maceió, em junho de 2012, quando reuniu, em uma das mesas, a representante do TCU, Lucieni Pereira Silva, o Subprocurador-Geral da República e Vice-presidente da AMPASA, Oswaldo Barbosa, e o Procurador Chefe do Ministério Público do Trabalho/PB, Eduardo Varandas, para debater a EBSEH. Em setembro de 2012, esta Frente reuniu-se com Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA) para definir estratégias conjuntas de enfrentamento à EBSEH e às outras formas de privatização da saúde, especialmente no campo jurídico. Em novembro de 2012, o Subprocurador-Geral da República e Vice-presidente da AMPASA, Oswaldo Barbosa, expediu ofício às procuradorias Regionais dos Direitos dos Cidadãos (PRDCs), recomendando acompanhamento ao processo de adesão das Universidades à EBSEH.

9 Na ocasião a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde entregou documento solicitando posicionamento pela procedência da referida ADI e abaixo-assinado nacional contra a EBSEH.

10 Foi solicitada liminar da Fundação Universitária de Brasília solicitando nulidade desta Ação, mas o Ministro do STF, Teori Zavascki, indeferiu em 10/04/2013.

11 A decisão desta Ação Civil Pública foi tomada pelo procurador em audiência pública realizada pelo MPF/SE, em 22 de janeiro de 2014, quando não havia acontecido anteriormente nenhum debate acerca da EBSEH no espaço universitário; O contrato com a Empresa já tinha sido assinado, desde outubro de 2013; Os cargos da Ebserh já haviam sido distribuídos, inclusive a superintendência do HU; O concurso já estava previsto para março de 2014, com inscrições abertas para 1.214 vagas.

12 Este Inquérito foi decorrente de representação do Fórum Alagoano em defesa do SUS e contra a Privatização ao MPF/AL, em 23 de maio de 2013, momento que foi aberto um Procedimento Administrativo.

13 Expressão utilizada por Bravo e Correia (2012).

14 A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde teve uma presença organizada e sistemática nesta conferência.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, junto a importantes entidades nacionais - FASUBRA, ANDES, FENASPS, AMPASA, ANTC, CFESS, ABEPSS, entre outras - tem empreendido uma luta constante contra a EBSERH, através de: abaixo-assinado, manifesto com mais de 400 assinaturas de entidades; Manifestações promovidas pelos Fóruns estaduais de saúde, nas ruas, em alusão ao dia mundial de saúde e participação da Frente na marcha dos Servidores, em Brasília.

8. A que projeto está vinculada a proposta de transformar o maior complexo hospitalar do país em Empresa de Direito Privado?

A lógica de criação da EBSERH está inserida no processo de contrarreforma¹⁵ do Estado brasileiro, iniciado no governo FHC, e que vem sendo dado continuidade pelos últimos governos, com medidas de privatização, mercantilização das políticas sociais e de flexibilização e precarização dos vínculos de trabalho. Está em curso uma tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado (denominado “público não-estatal”) ou para instituições ditas “estatais”, mas com personalidade jurídica de direito privado. Estas últimas permitem a regência dos interesses do mercado dentro das instituições “estatais”, liberando-as das amarras impostas pelas regras da administração direta do Estado. Esta tendência foi explicitada, desde 1995, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRE) do governo de Fernando Henrique Cardoso que tinha como princípio que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o setor ‘público não-estatal’ que na realidade é regido pela lógica do privado. Neste Plano Diretor, através do denominado programa de publicização, propôs-se o repasse de serviços, antes de responsabilidade do Estado, para “entidades de direito privado” executá-los, mediante o repasse de recursos públicos (CORREIA, 2011).

O processo de privatização e de terceirização da gestão dos serviços de saúde é mascarado pelos novos modelos de gestão, através da proposta de repasse desses serviços para outras modalidades de gestão, por meio de contratos e de parcerias, mediante transferências de recursos públicos, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, pela Lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999, pela Lei Federal n.º 9.790; pelas Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar n.º 92/2007)¹⁶, e pela Empresa Brasileira de

Serviços Hospitalares (EBSERH), criada através da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Estes modelos de gestão seguem a administração gerencial, proposta por Bresser Pereira, que propõe a quebra das barreiras entre o setor público e o privado. Souza Filho (2011) aponta que “o projeto gerencialista ataca a finalidade de universalização de direitos [...] Ratifica-se uma finalidade fundada no atendimento de necessidades mínimas da população, coerente com a proposição neoliberal de reforço do mercado.” (2011, p. 96).

Granemann (2011) considera como ‘privatizações não clássicas’, a privatização por meio dos novos modelos de gestão, porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54).

Enfim, o projeto a que está vinculada a proposta de transformar o maior complexo hospitalar do país em Empresa de Direito Privado – EBSERH é o projeto do capital. A gestão dos HUs por esta empresa, não significa apenas uma simples mudança de modelo de gestão, mas um alinhamento aos interesses do mercado nos 47 HUs do país, pois a EBSERH é uma empresa de direito privado, cujo objetivo é a exploração direta de atividade econômica, incluindo a produção de lucro.

Não é por acaso que o Banco Mundial, financiador do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais (REHUF), condicionou este financiamento às mudanças no modelo de gestão como indicam os estudos de Cislighi (2011).

As resistências da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, dos Fóruns estaduais, das várias entidades nacionais e estaduais têm atrasado a implantação da Ebserh nas Universidades, pois o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais (REHUF) foi aprovado em 2010, e foi recomendação do Banco Mundial ao financiá-lo, a mudança de modelo de gestão nas Universidades. Veio então, em 30 de dezembro de 2010, a Medida Provisória 520 que criava a EBSERH/SA, depois, em 2011, foi criado o Projeto de Lei n.º 1749 e, em 15 de dezembro de 2011, foi sancionada a Lei 12.550 que cria a EBSERH, dias depois da realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde que deliberou pela rejeição desta empresa.

Considerações Finais

A gestão de hospitais universitários cujas atividades – Educação e Saúde – caracterizam-se como serviços públicos de relevância pública, não podem ser transformados em atividades econômicas. Saúde e educação não são mercadorias, são direitos sociais garantidos na CF/1988, não podem ser transformados nas referidas atividades. Ressalta-se que nenhum Reitor, ou mesmo Conselho Universitário pode, em um gesto, atentar contra o caráter público da educação e da saúde e quebrar a histórica autonomia universitária que garante a

15 A expressão contrarreforma é aqui utilizada para designar o processo regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora, das “reformas” neoliberais desenvolvidas a partir dos governos Fernando Henrique Cardoso e prosseguidas nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff.

16 Apesar de ainda não existir lei federal que legalize as Fundações, elas já foram criadas em vários estados e municípios e, no mês de abril, o projeto de lei de sua criação voltou a tramitar no senado. Em 04 de março de 2013,

os desembargadores do Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul consideraram, por unanimidade, inconstitucional a lei que transformou o Hospital Municipal de Novo Hamburgo em fundação de direito privado denominada Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (ADI n.º 70040394843).

liberdade de ensinar, pesquisar e estudar.

A EBSEERH não traz novos aportes de recursos para os HUs, estes têm sido repassados com regularidade pelo REHUF (Programa de Reestruturação dos HUs Federais), e não dependem da adesão à EBSEERH. Além disto, os demais recursos são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde e pelos convênios com estado e prefeituras. É uma estrutura de financiamento que já existe, não há necessidade de firmar contrato e ceder patrimônio e pessoal para a EBSEERH com a justificativa de se obter mais recursos.

Destaca-se que a Ebserh não veio apenas para transformar os Hospitais Universitários em empresas, veio também para gerir os recursos do Programa “Mais Médicos”, além de outros Hospitais Federais através da sua filial, a subsidiária “Saúde Brasil”. Observa-se, ainda, que 100 funcionários de 10 HUs ligados à Ebserh, foram capacitados pelo Sírio-Libanês (Especialização à distância), que recebeu R\$ 10 milhões na 1ª etapa. Questiona-se porque foi escolhido o Sírio-Libanês, que é o hospital mais lucrativo do país, para capacitar os gestores da Ebserh? Será que o custo de dez milhões para uma etapa de capacitação, com grande parte à distância, não está muito alto?

Além disto, a EBSEERH já mostra problemas no HU da UFPI, **única Universidade que efetivamente implantou a Empresa até os dias atuais**. A UFPI, cujo contrato com a EBSEERH foi assinado em 14/08/2012, não tinha HU em funcionamento. O Governo Federal condicionou a sua inauguração à adesão à EBSEERH. Várias irregularidades na gestão do HU pela Empresa foram apontadas em uma auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, a pedido do Ministério Público Federal, para subsidiar o Inquérito Civil Público nº 1.27.000.000905/2013-11, entre as quais:

a EBSEERH e a Direção do Hospital Universitário do Piauí não estão honrando o contrato de prestação de serviços celebrado com o Gestor do SUS em Teresina, uma vez que não implantaram os serviços previstos no Plano Operativo previsto no Contrato; [...] diversos setores e equipamentos do Hospital estão ociosos e/ou funcionando apenas parcialmente; os atendimentos realizados pelo Hospital no primeiro semestre de 2013, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, correspondem apenas R\$ 164.180,23 o que representaram apenas 1,64% do valor recebido do SUS. No período entre abril e agosto, o SUS repassou ao Hospital a importância de R\$ 10 milhões de reais (Relatório DNASUS, de 9 de setembro de 2013).

Este documento destaca a imperiosa necessidade “de identificar as causas do não funcionamento de diversos setores do Hospital, o dano social que essa ociosidade tem causado aos usuários do SUS, bem como o prejuízo financeiro sofrido pelo Sistema Único de Saúde, considerando que a produção do Hospital só representa pouco mais de 1% (um por cento) do valor dos recursos financeiros recebidos do SUS” (Relatório DNASUS, de 9 de setembro de 2013).

Até o mês de abril de 2014, das 33 Universidades Federais que têm Hospitais Universitários, 19 Universidades assinaram Contratos com a EBSEERH e 14 não assinaram. Do total de 47 Hospitais Universitários vinculados às Universidades Federais: apenas 23 Hospitais já estão com contrato assinado com

a EBSEERH, e 24 não têm contrato.

É possível reverter este quadro de contrato com a EBSEERH. É importante que os Fóruns de Saúde e as entidades continuem nas trincheiras de resistências e lutas, e também procurem os MPFs, especialmente, as Procuradorias Regionais dos Direitos do Cidadão e da Cidadã (PRDC's) para buscar ações no sentido de anular os contratos firmados entre Universidade e EBSEERH.

O saldo positivo deste processo tem sido as resistências construídas e o vigor do debate em que se explicitam concepções antagônicas de Universidade, de educação e de saúde, já que se trata do maior complexo hospitalar do país formado por 47 HUs. O debate sobre a EBSEERH provocou na comunidade universitária a cisão entre projetos para a Universidade e para a sociedade. As resistências são muitas e extrapolam os muros das Universidades, setores organizados na sociedade civil têm participado das mobilizações e dos atos contrários à EBSEERH.

Referências Bibliográficas

- BRAVO, Maria Inês de Souza e CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº 109. São Paulo: Cortez Editora, Janeiro/Março de 2012.
- CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e os Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. *Cadernos de Saúde*. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. 1ª Ed, p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. *Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?*. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (org.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.
- GRANEMANN, Sara. *Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital*. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (org.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.
- MARCH, Claudia. *InformANDES*. Informativo nº 15. Brasília, 2012.
- Relatório Final da 14ª CNS, Ministério da Saúde, Brasília, 2012.
- SILVA, Lucieni. Material para Subsidiar uma Ação no STF contra Lei que cria a EBSEERH (mimeo). Brasília, 2012.
- SOUZA Filho, Rodrigo de. *Gestão pública e democracia: a burocracia em questão*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

2.4. Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Introdução

Um dos aspectos essenciais da conjuntura da saúde no Brasil é a pressão que empresas que comercializam seguros ou planos de saúde privados fazem sobre o governo federal para apoiar suas pretensões de crescimento do mercado, com subsídios públicos e desonerações fiscais. Para entender os interesses associados a esse segmento empresarial, é recomendável um breve histórico de seu surgimento e desenvolvimento no Brasil, a participação atual na cobertura de atenção à saúde e no financiamento e suas propostas de reorganização do sistema de saúde. Este artigo abordará esses aspectos e as formas que o estado brasileiro lidou com a legitimação do mercado através da Agência Reguladora de Saúde Suplementar (2000), inspirada nos princípios da contrarreforma do estado iniciada em 1995. A discussão se insere no tema das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro, tema esse que está no centro das discussões sobre a política de saúde ao menos desde os anos 70 do século XX, no quadro da chamada reforma sanitária.

Estamos falando de um segmento empresarial que atingiu 49 milhões de vínculos em setembro de 2013 para planos de assistência médica com ou sem odontologia, 25,3% da população brasileira.

De forma mais conhecida, a literatura da reforma sanitária brasileira atribuiu à privatização dos serviços de saúde um papel central na explicação dos problemas porque passava o sistema ao final dos anos. Esse processo se desenvolve, sobretudo nas décadas de 60 e 70 do século passado a partir das políticas de expansão de cobertura da Previdência Social (INAMPS) que privilegiava contratos de compra de serviços com a rede hospitalar privada e dos incentivos públicos para o crescimento desta rede. Empresas médicas de pré-pagamento também se expandiram nessas décadas, conveniadas com o INAMPS. Uma análise de classes do setor saúde na época revelava, entretanto, que a fração de serviços estava formada pelo pequeno capital, através de grupos médico-empresariais isolados, todos atrelados ao estado.

Os principais interesses do grande capital na área de saú-

de nesse período estavam concentrados na produção de medicamentos e equipamentos biomédicos, onde empresas multinacionais sediadas nos países dominantes se concentravam, expandiam pelo mundo conquistando mercados antes cobertos por pequenas empresas nacionais. Empresas essas que necessitavam de um setor de serviços desenvolvido e subsumido à práticas norteadas por uma ciência e técnica influenciada pela indústria. Dois intelectuais da época chamaram a atenção para o problema: Mário Vitor de Assis Pacheco (1968) e Hésio Cordeiro (1980). Este utilizou um conceito elaborado nos EUA, de complexo médio-industrial, para explicar a inter-relação subordinada dos serviços de saúde à indústria produtora de bens para a saúde (ANDREAZZI E KORNIS, 2008).

Importante destacar que os sistemas universais que estatizaram o financiamento e a prestação de serviços de saúde, organizados no âmbito de estados de bem-estar, conviveram com as grandes indústrias de bens para a saúde. Embora embates tenham havido em torno da produção, incorporação e difusão de novas tecnologias, a partir do problema dos custos crescentes.

O Sistema Único de Saúde acompanha o *mainstream* reformista na sua formulação que também foi o dos estados de bem-estar que lhe deram inspiração, se concentrando na estatização dos serviços de saúde. Pouco afetou os demais segmentos do complexo médico-industrial, com exceção do sangue, que deixou de ser tratado como mercadoria no ponto de captação.

O papel dos seguros privados de saúde no sistema de saúde brasileiro também pouco foi abordado seja pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) seja pelos debates constituintes (1987-1988) e em torno da Lei Orgânica da Saúde (1999-2000). O fim dos convênios-empresa do INAMPS em 1981 parece ter criado uma subestimação da força econômica e política desse setor empresarial que em 1987 atingia 24,4 milhões de pessoas, representando 18% da população. Uma parte significativa da mão-de-obra ocupada com carteira assinada, sobretudo nos setores dinâmicos da economia,

especialmente em São Paulo, possuía convênios de saúde suplementares como benefício associado ao emprego. Era como se o SUS e os planos de saúde fossem independentes, sendo que o primeiro se expandiria a golpes de Lei sem necessariamente ser afetado pelos interesses associados à expansão do segundo. Em 1991 apresentei a tese de que a principal contradição existente no sistema de saúde na época estava no financiamento, na disputa pelos recursos socialmente destinados a reparação da força-de-trabalho (ANDREAZZI, 1991). Concretamente na parcela de desconto para a seguridade social por parte dos trabalhadores que poderia se tornar optativa para o trabalhador, indo ou para a seguridade social ou para o seguro privado. Tal foi um dos aspectos da reforma chilena da seguridade social dos anos 80. Com a retirada da folha de salários como base de contribuição para o SUS ocorrida na gestão Antônio Brito no Ministério da Previdência Social, essa disputa se torna menos clara, mas, passa a fazer parte da conjuntura setorial desde então.

Em 1998 38,7 milhões de brasileiros estavam cobertos com, pelo menos, um plano privado de saúde, 24,5% da população (IBGE, 2000), com crescimento mantido nas décadas seguintes embora não com a mesma intensidade das décadas anteriores (ANDREAZZI, 2002). Em consequência, a discussão sobre privatização da saúde necessariamente teria que incorporar esse novo processo. Representações sociais desse segmento se fortalecem ao lado das tradicionais: Federação Brasileira de Hospitais e Confederação das Misericórdias do Brasil. Esta última passa a integrar o mercado de planos privados de saúde e outra organização hospitalar surge, fruto de uma diferenciação que ocorre entre os hospitais privados, congregando aqueles que se desatrelaram do Sistema Único de Saúde como prestadores: a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Ao lado da grande indústria produtora de bens se expande agora o grande capital de serviços financeiros (seguros) e pessoais de saúde, no contexto da financeirização global (CHESNAIS, 2005). A concentração do mercado e a integração dos planos com os serviços de saúde formando os conglomerados, processo esse já identificado como tendência por Cordeiro na década de 80 do século XX (Cordeiro, 1984), trazem desafios novos para a concretização do sistema de saúde público, gratuito e de qualidade.

I. Alguns conceitos sobre o setor

Seguro privado de saúde é um mecanismo de financiamento privado de consumo de atenção à saúde, contemplando o pagamento de prestações a uma empresa ou organização, que se obrigará a fornecer esta atenção ou reembolsar seus gastos, mediante contrato firmado entre as partes com uma determinada temporalidade e definição das coberturas.

Seguro significa cobertura de riscos, que devem necessariamente ser aleatórios, imprevisíveis ao nível individual, mas mensuráveis no grupo segurado, e, além disso, quantificáveis em termos das perdas, para que possa se constituir em um mercado. No seguro, a expectativa do benefício está diretamente relacionada com o prêmio. Trata-se, pois, da gestão de

um fundo, limitado, definido por técnicas matemáticas, baseadas na lei das probabilidades, chamada de técnica atuarial. Para a área de saúde, a lógica do seguro está baseada no princípio de que os cuidados à saúde são decorrentes de riscos de adoecimento, que são aleatórios, e considerados, apenas, no seu aspecto individual. Estes riscos podem ser mais bem dispersos em se considerando grandes números de indivíduos. Os riscos, assim considerados: a morbidade do grupo e os custos respectivos da intervenção entram no cálculo do prêmio cobrado. O limitado fundo resultante, que, também, deve ser bastante preciso para garantir sua saúde financeira, é utilizado quando se apresenta um sinistro, no caso a doença ou outros eventos que requeiram cuidados de saúde. As prestações de saúde, ou seja, os benefícios estão, a princípio, limitados pelo fundo.

O seguro requer uma responsabilização, em última análise, de quem arca com as despesas que ficarem além do disponível neste fundo: a) o indivíduo contratante; b) a empresa que co-financia seguro para seus empregados; c) um fundo ressegurador que, em geral, é outra companhia seguradora privada especializada; d) a instituição seguradora que lança mão de seus recursos acumulados para cobrir o déficit, caso não tenha havido um cálculo adequado; e) o Estado que porventura lance mão de programas de recuperação da saúde financeira destas empresas de seguro.

Vários foram os problemas associados ao seguro de saúde como forma de viabilizar a responsabilidade individual com a reparação da saúde, que são particularmente encontrados num ambiente de competição entre entidades seguradoras. Denominam-se estes problemas, na teoria neoclássica (MUSGROVE, 1999), “falhas de mercado”, não sendo específicas dos seguros de saúde:

1. Risco moral (moral hazard) – Trata-se do incentivo para o segurado comportar-se de forma diferente porque tem seguro - consumir mais serviços e aqueles menos custo-efetivos (por exemplo, um hospital para um problema simples), reduzindo, ainda, autocuidados preventivos. Em função deste aumento de utilização, os prêmios (contribuições) seriam mais caros. Musgrove (1999) admite que haja escassas evidências empíricas sobre a real importância do risco moral.
1. Seleção adversa - seleção de clientes custosos, adversos ao interesse das seguradoras, em função da demanda maior destes indivíduos por seguro, derivada de sua percepção, mesmo distorcida, dos próprios riscos de saúde. Uma resposta para isto é a diferenciação de preço de acordo com o risco, o que acaba expulsando deste mercado uma parcela da população, até porque o maior risco de saúde agrava as possibilidades financeiras da família.
1. Seleção de risco (cream-skimming) - para resguardar-se da falha acima, as seguradoras desenvolvem sistemas para filtrar indivíduos ou condições especiais de alto risco (como os velhos ou os portadores de determinadas patologias). Isto aumenta seus gastos administrativos ou cria barreiras para a admissão, tornando o seguro particularmente caro para candidatos indi-

viduais. Quando cobre grupos populacionais, onde a possibilidade de seleção adversa é menor, o problema é mitigado e, portanto, o prêmio pode ser mais barato. Ressalta-se aqui que a seleção de risco vai de encontro, também, aos interesses dos empregadores de selecionar uma mão-de-obra mais hígida, que diminua seus custos de reparação da saúde (e, portanto, com prêmios de seguro), e aumente a produtividade global da empresa. As consequências identificadas desses problemas são a iniquidade da atenção, pois os indivíduos de maior risco são aqueles que mais probabilidade têm de não obter seguro ou obtê-lo por um preço alto que agrave seu risco já aumentado. Os idosos são um exemplo.

O seguro privado tem relações de concorrência e complementaridade com o seguro social. Concorrem pelo montante social que certas camadas da população destinam a cuidados com saúde, através do Fundo Público (OCKÉ-REIS, 1995). Podem ser complementares, em determinadas circunstâncias porque, por definição, o seguro saúde privado trabalha com alguns riscos, e tem como limite as restrições orçamentárias da demanda. A sobrevivência das firmas no mercado não permite que assumam a universalidade populacional e integralidade da atenção à saúde. Por isso, lhe interessa que o Estado cubra aquilo que os seus mecanismos de seleção de risco não recomendam atender, inclusive para reduzir conflitos com os consumidores (GENTILE DE MELO, 1964). Isso fica claro, especialmente, no que toca às políticas populacionais de promoção e prevenção de saúde e de tratamento de epidemias, que não se prestam ao financiamento por esse mecanismo, pois devem ser necessariamente universais para serem efetivas, e alguns cuidados de tecnologia inovadora, complexa e cara, onde o estado é chamado a bancar a incerteza quanto aos custos da atenção.

Nos anos 90, a OCDE, analisando o papel dos seguros de saúde privados voluntários nos sistemas de saúde, propôs a seguinte tipologia: 1. Duplicado: quando oferecem cobertura para serviços de saúde já incluídos no seguro público. 2. Primário: quando representam o único acesso disponível a seguros de saúde, porque os indivíduos não possuem um seguro público, podendo ser substitutos ou principais. 3. Complementar: quando se destinam a pagar integralmente ou em parte os custos residuais não reembolsáveis (copagamentos) do acesso aos serviços no esquema público ou privado primário, seja esse último substituto ou principal. 4. Suplementar: quando proveem cobertura para serviços de saúde não cobertos pelo esquema público. Em alguns países, isso pode incluir serviços tais como cobertura odontológica (WERNECK, 2010). No Brasil, a despeito dos seguros serem denominados sistema suplementar, na verdade seriam duplicados segundo essa taxonomia. O perigo deste arranjo é sua transformação em primário, pois nesse caso o indivíduo opta por deixar de contribuir financeiramente para o sistema público ou alternativamente, receber de volta o que desconta através de subsídios a aquisição optativa de seguro privado.

Há um quinto papel, entretanto, quando o estado, embora responsável pelo financiamento, contrata uma seguradora através de pré-pagamento para gerenciar a atenção à saúde

do indivíduo, que pode ou não ter a liberdade de escolher a operadora de plano de saúde e essa possibilidade de opção é geralmente acompanhada de complementações do prêmio, seja através do desembolso do indivíduo e/ou e seu empregador. Esses arranjos além de serem o velho convênio-empresa do INAMPS, tem sido implementados nos EUA e na reforma colombiana, tal como veremos adiante.

As empresas que comercializam seguros e planos privados de saúde possuem várias naturezas jurídicas e dirigem seu negócio a um mercado de filiação individual, em grupos ou empresarial. Nesse mesmo mercado atuam organizações fechadas de planos de saúde e outros benefícios privados de previdência, em geral desenvolvidos por grandes empresas, privadas e estatais e, mesmo, pelo poder público como é o caso da GEAP para públicos restritos: empregados e seus dependentes e agregados. As naturezas jurídicas existentes no Brasil reconhecidas pela Lei 9686/1998 que regulamentou os Seguros e Planos Privados de Saúde vão desde as organizações ditas filantrópicas até empresas comerciais, seguradoras e cooperativas médicas. Além disso, existem as Administradoras que atuam como intermediadoras entre demanda e oferta e os planos de autogestão citados anteriormente neste parágrafo.

2. Histórico no Brasil

O seguro privado de saúde surge no Brasil como benefício associado a organizações de previdência privada fechada como a Patronal (hoje GEAP) para funcionários da Previdência Social, nos anos 40 do século XX. Expande-se nos anos 50 como empresas médicas de pré-pagamento associadas a grandes empresas, especialmente automobilísticas no ABC paulista. Está limitado, ainda, a poucas empresas e com uma cobertura populacional baixa.

Há um crescimento importante deste mercado nos anos 60-70 associados à política do regime militar de terceirizar a atenção de saúde aos beneficiários do seguro social, através do pré-pagamento (convênios-empresa), além da compra de serviços a prestadores privados de serviços de saúde pagos por procedimentos.

Tal política corre em paralelo às estratégias de algumas grandes empresas estatais e não estatais de desenvolver benefícios adicionais para a mão-de-obra, como saúde e previdência privada (ANDREAZZI, 1991; BAHIA, 1999), com objetivos de controle e legitimação. Assim, a despeito do fim dos convênios-empresa com o INAMPS em 1991, esses benefícios logram se manter, pois estariam compatíveis com uma perspectiva de controle da mão-de-obra por parte dos empregadores – do absenteísmo, da seleção de trabalhadores hígidos visando o aumento da produtividade do trabalho (LACAZ, 1996). Além disso, as empresas contaram e ainda contam com subsídios fiscais através de abatimentos de imposto de renda de pessoas jurídicas de gastos com seguros de saúde (MÉDICI, 1989). As grandes empresas que atuam em mercados oligopolizados, onde esse benefício está particularmente presente contam, ainda, com facilidades de transferência de custos do seguro saúde aos preços dos produtos (ANDREAZZI, SICSÚ E HOLGUIN, 2008) podendo a empresa contar, ainda,

com os recursos desses fundos em se tratando de planos de auto-gestão, para aplicação na própria empresa (ANDREAZZI, 1991).

A criação e manutenção de um mercado de filiação individual, menor do que o empresarial, podem ser também creditadas aos custos crescentes da atenção médica, no período, que induziu a transmutação de uma demanda anterior para serviços privados de saúde, financiados diretamente pelo desembolso das famílias, que existe de longa data no país, para uma demanda por seguro. Demanda essa limitada pela renda das famílias e que também contou e conta com subsídios fiscais através dos abatimentos com o Imposto de Renda de Pessoas Físicas (ANDREAZZI, 1991).

Dos anos 90, agora sob a perspectiva mais ampla da contrarreforma do estado, podemos relacionar alguns elementos propulsores do mercado.

Um primeiro se refere ao próprio estímulo contido nas recomendações de agentes financeiros internacionais, especialmente do Banco Mundial, ao crescimento do mercado de seguro privado de saúde (AKIN, BIRD-SALL, DE FERRANTI, 1987) que deveria abarcar a toda a população, sendo o estado complementar, para aqueles sem acesso ao mercado.

Num primeiro momento, o estado deveria ser complementar no sistema de saúde para aqueles que não tivessem condições de adquirir seguros, seja pela renda, seja pela inserção em mercados formais de trabalho, que é a essência do sistema de saúde dos EUA. E também para garantir determinadas coberturas não constantes dos seguros, como algumas de alto custo e complexidade. Além dos chamados pelo Banco Mundial bens públicos, ou seja, onde não é possível desenvolver mercados, ou seja, programas populacionais de promoção e prevenção de saúde.

Num segundo momento, o estado poderia transferir os próprios recursos para coberturas dos “pobres” para serem geridos pelas empresas privadas de seguros que foi uma das características da reforma do sistema colombiano de saúde de 1993 que assegurando uma universalização de coberturas de riscos à saúde, introduziu uma estratégia denominada de gerenciamento competitivo (*managed competition*) tanto dos fundos públicos destinados à saúde, o que antes era monopólio do Estado, como dos prestadores de serviços de saúde, viabilizado pela separação da função do financiamento da prestação de serviços, dando autonomia administrativa aos hospitais (CORDEIRO ET ALL, 2011).

O subfinanciamento progressivo do SUS, após os anos 90 são outro elemento a ser discutido e que para alguns autores foi responsável pelo aumento da demanda de trabalhadores formais, através de pressões sobre as empresas, nos contratos coletivos de trabalho, e mesmo famílias de renda média por seguros saúde, dentro do que ficou conhecido como universalização excludente dos anos 80 e 90. Tal subfinanciamento, mais intenso no bojo do ajuste fiscal do estado de 1990 e 1994 e no primeiro governo Lula (2003-2007), não pode estar isolado da perspectiva da contrarreforma do estado iniciada por Bresser Pereira em 1995, referendada da Constituição Federal através da Emenda Constitucional 19/98 e nunca modificada a partir de então, a despeito de mudanças de composição de forças no Executivo e Legislativo com a eleição de governos de anterior oposição,

a partir de 2003. A contrarreforma apresenta uma clara perspectiva terceirizadora das funções do estado, apontando para a consolidação de um modelo de parceria público-privada no financiamento de unidades públicas de saúde, que deveriam ter um plano de negócios, onde o financiamento privado fosse principal e o público complementar.

Finaliza o redesenho do estado brasileiro contido na contrarreforma a criação da Agência Reguladora, a ANS, em 2000, dois anos após a promulgação da Lei dos Planos de saúde em 1998. Esse momento foi de grande criticismo público do setor em função de práticas correntes no mercado como reajustes de preços acima da inflação, negação de coberturas e exclusões (*cream-skimming*). Embora a lei tenha regulamentado essas questões o que potencialmente veio a beneficiar o consumidor dos planos, contraditoriamente fortalece o mercado ao lhe dotar da segurança de regras de funcionamento e legitimidade. E ao garantir a possibilidade de que o próprio mercado estivesse majoritariamente assentado nos postos de comando da Agência, seja a Diretoria Colegiada seja a Câmara de Saúde Suplementar.

Sendo assim, fica difícil separar esses elementos, ou seja, as pressões do Banco Mundial para o crescimento do mercado, o desfinanciamento e terceirização do SUS, a criação da Agência Reguladora fortemente influenciada pelo mercado, na configuração da contrarreforma da saúde, um processo prologado e insidioso de privatização do financiamento e prestação de serviços de saúde no Brasil, ainda em curso e não concluído. Uma estratégia de guerra de baixa intensidade, de reformas parciais e ilegalidades, para contornar possíveis resistências que um ataque frontal pudera fomentar.

Como consequência, o fortalecimento econômico e político do grande capital no seguro e serviços de saúde, que será abordado no próximo tópico.

3. O mercado de planos privados de saúde no Brasil na atualidade

A ANS trimestralmente publica um Caderno de Informações (Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, dezembro de 2013) com dados quantitativos do mercado. A última versão disponível em março de 2014 se refere a setembro de 2013, de onde tiramos as informações apresentadas neste e no próximo parágrafo. Havia 49 milhões de vínculos em setembro de 2013 para planos de assistência médica com ou sem odontologia e os planos coletivos representaram 79% deste total. Isso representa uma tendência histórica de maior participação deste tipo de plano que tem sido privilegiado nas estratégias empresariais das empresas. Os coletivos empresariais representaram a maior parcela, de 65% do total de planos de assistência médica. A taxa de crescimento deste segmento no último ano foi de 3,76%, maior do que a média do setor de 2,37%. Havia 929 operadoras médico-hospitalares com beneficiários e 345 operadoras odontológicas nessa mesma condição, numa tendência de redução. A receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares atingiu R\$ 93.122.140.250 em 2012, o que tem a magnitude do gasto

federal com saúde. O crescimento entre setembro de 2012 e setembro de 2013 foi de 17,2%. A taxa de sinistralidade (despesas assistenciais sobre receitas) dos três primeiros trimestres de 2013 diminuiu de 85,8% para 82,7%. Percebe-se, e é uma tendência de mais longo prazo que a taxa de crescimento das receitas e despesas assistenciais é mais elevada do que a do número de beneficiários confirmando os custos crescentes.

Os planos privados de saúde têm tido uma taxa de crescimento pouco significativa a partir do final da primeira década dos anos 2000 *vis-a-vis* os anos 1990, a despeito de problemas de informação anteriores a 2005, no que tange ao número de beneficiários de assistência médica. A taxa geral de crescimento do mercado é enviesada pelos planos odontológicos, que cresceram significativamente nos anos 2000.

As empresas de seguros privados de saúde são um setor econômico heterogêneo de capital, porém com uma concentração elevada. Metade do mercado de planos médico-hospitalares pertence a 27 e 21% a quatro empresas. O de planos odontológicos é ainda mais concentrado: 62% dos beneficiários pertencem a 9 empresas. As quatro maiores são representantes do grande capital financeiro, inicialmente brasileiro, hoje associado. Uma delas é hoje controlada por uma multinacional estado-unidense.

De acordo com Ocké-Reis (2007, p. 1043) “parece razoável imaginar que essas oito empresas, orbitando no setor oligopolista, tenham poder para pressionar aumento de preços, dados seus indicadores de faturamento, market share ou escala do número de consumidores”.

Outro componente da dinâmica do setor privado foi a integração dos seguros com os serviços de saúde. Para as empresas de planos de saúde, o controle sobre a prestação de serviços passa a ser perseguido como uma estratégia de controle de custos e viabilização de entrada em mercados de menor renda. Os serviços de saúde, de setor de pequeno capital no seu início, também vão se concentrando. Integrantes de um mercado de serviços voltados a pessoas, onde a proximidade é um elemento definidor da demanda, a concentração se dá através da formação de redes de serviços pertencentes a uma mesma empresa. Isso tem crescido no país a partir dos anos 90. Exemplo deste processo foram laboratórios de análises clínicas que passaram a constituir redes de coleta descentralizada de proximidade por vários bairros mantendo seus laboratórios centrais, onde era concentrada a tecnologia. Pequenos laboratórios são fechados ou vendidos para as grandes empresas. Também se notam processos de formação de cadeias em clínicas de imagens e hospitais (ANDREAZZI, 2002).

A partir dos anos 2000, especialmente, fica mais claro que o setor de saúde privado passa a ser um captador de recursos do capital financeiro através de fundos de investimento e de pensão, inclusive o IFC (International Finance Corporation), braço financeiro do Banco Mundial para o setor privado, que passam a se associar a hospitais. Empresas de saúde, algumas de grande porte, abrem capital na Bolsa de Valores. O capital estrangeiro entra através da associação a seguradoras, a redes de laboratórios de análises clínicas como o DASA (Diagnostics of Americas) e a planos de saúde, como a AMIL, líder do mercado, cuja participação majoritária a partir de 2013 pertence agora a United Health, grande companhia de seguro

saúde dos EUA. Tudo isso a despeito da proibição constitucional de participação de empresas transnacionais no mercado de atenção a saúde, mas sob a benção de decisão administrativa da Diretoria Colegiada da ANS.

As estratégias de crescimento das empresas de planos de saúde se esbarram na extrema concentração de renda e riqueza brasileira. Nos últimos tempos o mercado passa a discutir planos de saúde para populações de mais baixa renda, as chamadas classes C e D que teriam entrado no mercado de consumo. Na medida em que plano privado de saúde não seja produto barato e a despeito de terem sido oferecidos esses produtos no mercado, mais subsídios públicos passam a ser vislumbrados. Recordar-se que abatimentos de imposto de renda referentes a gastos com planos de saúde já existem, assim como certas desonerações fiscais associadas a condição de filantropia que se aplicam a algumas modalidades empresariais. Vale lembrar ainda o grande impulso que os governos já deram a esse mercado, através de subsídios a funcionários públicos comprarem seguro saúde como o caso do governo federal e destruição de sistemas próprios de atenção a servidores como o IASERJ. O próximo passo seria uma solução colombiana.

4. A disputa pelos fundos coletivos destinados a saúde

Cristina Possas em seu livro *Epidemiologia e Sociedade* (1989) afirmava que, no capitalismo, a atenção à saúde tinha um propósito básico de reparação da força-de-trabalho, elemento de reprodução do proletariado, que de acordo com a tradição marxista é bancada pelo capital variável, pois este deve representar o mínimo necessário para a sobrevivência dos trabalhadores.

Marx em *o Capital*, livro I, escrito originalmente em 1867 (MARX, 1996) acrescentava que esse mínimo não seria apenas definido biologicamente, mas histórico-socialmente. De acordo com o interesse das empresas e as características das relações entre o capital e o trabalho, essas podem reter parte desse capital variável retornando-o sob a forma de serviços ou planos de saúde. A desvinculação dos gastos de saúde como gastos de reprodução da força-de-trabalho e o assumimento pelo estado de uma política universal tem o significado da redução do capital variável com esse fim e aumento da parcela da mais-valia não apropriada diretamente pelas empresas. O estado constitui seu fundo financeiro através de impostos, taxas e contribuições que, para Marx, representam uma parcela da mais-valia compulsoriamente apropriada. Na dependência da luta de classes, a população marginal requer que o estado capitalista banque sua reparação, antes condicionada a caridade, o que aumenta a parcela da mais valia apropriada pelo estado.

Muitos autores entre os quais Salvador (2010) assinalam que o fundo público, ou seja, aquilo que o estado compulsoriamente recolhe da mais valia social, sempre foi um elemento de disputa, em que o capital requer uma parte cada vez maior, de acordo com tendência a queda da taxa de lucro, sob a forma de subsídios e isenções fiscais. O fundo público, portanto,

para Salvador (2010), não é um elemento criador de valor, pois só o trabalho tem essa característica, mas passa a ser um elemento importante na reprodução do capital.

Quanto maiores os gastos com capital variável, menos as empresas querem dividir com o estado a mais-valia. Aqui se daria uma outra tensão entre o público e o privado no financiamento: quanto maior o gasto privado das empresas com reprodução da força-de-trabalho, menos tendem a apoiar gastos públicos, pois significam aumento de impostos. Claro está que diferentes frações do capital vivenciam isso de formas particulares: o grande capital, auferindo lucros sobre normais, transferem os impostos aos trabalhadores e a sociedade em geral através dos preços de monopólio.

A mercantilização da saúde, ou seja, sua subsumição aos ditames do capital tem significado uma pressão constante de custos que recaem seja sob o capital variável, baixando os ganhos diretos do trabalho e aumentando os gastos das empresas, seja sob o orçamento público, pressionando para baixo a apropriação da mais-valia pelas empresas. Com a oligopolização das empresas de saúde, contradições se criam entre as frações do capital. Nos EUA, havia uma discussão nos anos 70 e 80 sobre a queda da produtividade das empresas produtivas e, portanto, de sua competitividade em função dos altos custos com seguros privados de saúde (ANDREAZZI, 1991).

A financeirização do capital traz uma maior complexidade a questão, pois as empresas de saúde, especialmente pela sua taxa de inovação, se tornam importantes para a reprodução geral do capital, numa economia estagnada. Ou seja, muitas empresas contratadoras de planos privados de saúde podem também ser grandes investidoras do mercado de ações e auferirem rendimentos financeiros de empresas seguradoras. A centralidade na chamada governança corporativa nos processos de decisão estratégica das empresas no capitalismo financeirizado traz elementos adicionais, aos que detêm parte do seu capital entre vários outros que constituem sua carteira de ativos, com horizontes de ganhos de curto prazo (GRUN, 2013).

O interesse dos monopólios financeirizados de apropriação dos fundos sociais destinados a saúde, seja advindos do capital variável ou da mais valia captada pelo estado sob a forma de impostos se torna maior. Com um limite, porém, onde essa apropriação se esbarra na sobrevivência das empresas, no geral. Para o capitalista coletivo (o estado) numa visão de sobrevivência sistêmica, é uma equação delicada e até certo ponto insolúvel, até onde ceder à voracidade dos monopólios da saúde sobe salários e fundo público e até onde isso representa uma ameaça à própria sobrevivência do sistema, numa perspectiva de que necessita de força de trabalho com saúde e de população marginal controlada do ponto de vista político-ideológico. Equação essa que não se resolve vilanizando uma fração do capital, que seria mais identificada com o financeiro, em contraposição a uma fração produtiva, pois pela própria definição do financeiro, o que é básico é o monopólio, a concentração de capital e o entrelaçamento das finanças com a indústria, característica da atual fase do capitalismo. Trata-se um elemento parte da luta anti – monopolista que significa a crítica do próprio capitalismo como sistema mundial.

O capital financeiro se constitui no Brasil, hoje, o seg-

mento privilegiado pela política econômica. Grandes financiadores das campanhas de Lula e Dilma têm obtido desonerações fiscais significativas, sob o pretexto de combate a crise econômica e incentivo ao crescimento econômico e ao desenvolvimento. O que na verdade, é a pressão para a sua própria salvação frente a estagnação crônica do capital no mundo, fruto da crise de superprodução. Claro está que isso tem significado o desmonte do estado voltado para a universalização da saúde.

O ramo saúde dessa fração do capital também pressionou Dilma por favores semelhantes a que ela já agraciou a indústria automobilística, a indústria bélica, os bancos e outros. Por resistências da sociedade não obteve tudo, mas desonerações foram aprovadas em abril de 2013: para a indústria de equipamentos médicos e para os planos privados de saúde.

Para os planos privados de saúde, a Lei perdoa dívidas tributárias e reduz impostos de operadoras de planos de saúde: a Medida Provisória 619/2013 (Lei 12.873/13), de iniciativa do Executivo Federal, diminui em 80% a base sobre a qual incidem o Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins), além de anistiar pendências tributárias cobradas pela Receita Federal. A expectativa do Governo com a medida seria reduzir o valor das mensalidades dos planos de saúde, criando condições para a adesão de mais usuários e a melhoria da qualidade assistencial deste setor (PANCOTTO, 2013). A Lei cria o Prosus para entidades de saúde privadas filantrópicas e entidades de saúde sem fins lucrativos que se encontrem em grave situação econômico-financeira, concedendo moratória e remissão das dívidas vencidas no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional.

Esses agentes econômicos, através de suas organizações de defesa de interesses tem outro desenho do estado brasileiro no que tange a política de saúde e que vai diretamente contra aos princípios constitucionais.

Já em 2010, por ocasião da campanha presidencial, representantes de sete entidades do setor privado de saúde, incluindo seguradoras, medicinas de grupo, santas casas de misericórdia, hospitais privados e planos de autogestão, participaram de reunião com a candidata Dilma Rousseff, para entregar um documento contendo pontos de interesse para um próximo governo (“Política & Poder Saúde Suplementar” de 23/09/2010). Os pontos foram:

- Ampliação da participação do setor privado no Conselho Nacional de Saúde;
- Reestruturação do sistema nacional de saúde com uma definição explícita dos papéis do setor público e privado, ampliação das parcerias público-privadas; revisão da tributação do setor, considerada excessiva;
- Expansão do mercado privado de assistência à saúde, especialmente para as classes D e E;
- Criação de um sistema S da saúde, pois o setor tem gerado muitas receitas e não tem se beneficiado devidamente do SENAC;

- Linhas de financiamento para incorporação tecnológica;
- Melhor política remuneratória do SUS para os prestadores privados;
- Mais estímulos creditícios e tributários para uma suposta indústria “nacional” de insumos para a saúde: medicamentos, equipamentos, materiais;
- Estímulo a acreditação dos prestadores de serviço públicos e privados;
- Governança corporativa para os prestadores públicos e privados;
- E, mais recursos para o SUS, com a regulamentação da EC 29.

Novamente em 2013, três grandes empresas que atuam no mercado de planos privados de saúde, a maioria controlada ou com grande participação do capital estrangeiro e grandes doadoras da campanha presidencial de Dilma Rousseff faziam seu lobby por mais recursos públicos através de redução de impostos e subsídios a expansão do seu mercado (Folha de São Paulo, 27/02/2013). Como resposta, sofreram combates de amplos setores da saúde. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde lançou um manifesto de denúncia e também a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e o Conselho Federal de Medicina.

A proposta tem o mesmo sentido da reforma colombiana de 1993, ou seja, a universalidade é garantida, porém há, sob o guarda-chuva ideológico da liberdade individual, a passagem dos fundos públicos para as empresas de planos de saúde privados administrarem. No essencial, os planos ganham mercado, em especial, a chamada classe C e D, 50 milhões de pessoas a mais, o que é necessário numa conjuntura de crise. Isso que propuseram a Dilma, sob o pretexto de desonerar o SUS e contribuir para a universalidade da saúde. Para o governo federal, pretensamente, sobriaria mais recursos para os pobres através do SUS. Esta falácia está assentada na redução da arrecadação do estado e subsídios diretos às empresas, agravada pela manutenção das tendências inflacionárias características dos sistemas de saúde mercantis: custos altos e crescentes, co-pagamentos que oneram mais ainda os idosos e doentes, exclusões de coberturas, burocracia controladora de riscos morais que afeta a qualidade e aumenta os gastos.

Há uma ligação, ao contrário do que muitos analistas de saúde pensam (PAIM E TEIXEIRA, 2007) entre as estratégias das empresas de planos de saúde e os modelos privatizados / terceirizados de gestão das unidades públicas de saúde, como as Organizações Sociais, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e outros. A expansão do mercado dos planos implica o uso da capacidade instalada pública de forma diferenciada. Especialmente a alta tecnologia. Isso está claramente colocado em documentos do Banco Mundial ocorrendo em outras reformas como a chilena onde havia muitos hospitais da seguridade social. Além disso, o grande capital da saúde já é verticalizado e financeirizado, conformando grupos econômicos com participação de seguros, serviços e indústria da saúde.

Tem interesse em prestar serviços ao estado, especialmente em áreas de grande densidade de capital como laboratórios de análises clínicas e diagnóstico por Imagens. Isso é visto hoje, por exemplo, no município do Rio de Janeiro, onde as Organizações Sociais que dominam a rede básica e as Unidades de Pronto-Atendimento/UPAS quarteirizam os exames laboratoriais para a grande empresa DASA (Diagnosticos da America S.A.)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, nesse processo é polêmica. Em 1998 é regulamentado o mercado de planos privados de saúde através da Lei 9656 em pleno governo de Fernando Henrique Cardoso, com o impulso de seu Ministro da Saúde, José Serra. Tramitavam no Congresso Nacional há vários anos, iniciativas de regulamentação desse mercado dado os problemas associados à falta de coberturas para problemas sérios de saúde, reajuste abusivos de preços, entre outros. O apoio governamental parece ter sido decisivo para o fechamento do processo legislativo, que era eivado de conflitos. Por dois anos, o Ministério da Saúde ficou responsável pela implantação dos dispositivos dessa Lei. Em 2000 é criada a ANS, retirando do Ministério da Saúde várias de suas funções de regulação assistencial dos planos de saúde, embora seja um órgão a ele vinculado como autarquia especial. De acordo com a Lei 9.961/2000 que a criou, ela tem como objetivo promover a defesa do interesse público na saúde suplementar, regulamentar o setor e contribuir para o desenvolvimento do setor saúde no Brasil.

O modelo de agência reguladora já estava presente no projeto de contrarreforma do estado de 1995. Ele atribuía às agências grande autonomia e subordinação a uma diretoria colegiada dotada de estabilidade de mandatos e aprovação pelo Senado. Esse modelo de regulação do mercado tem sido estimulado por organismos financeiros e multilaterais do capitalismo globalizado e financeirizado. De acordo com a Organização para a Cooperação e do Desenvolvimento Econômico (OECD, Casa Civil da Presidência da República, 2008) responde a necessidade de regras estáveis para o pleno funcionamento dos mercados. Esse modelo a torna de fácil captura por representantes do mercado a ser regulado. De fato, em todas as suas diretorias, houve e há uma expressiva participação de pessoas indicadas pelo mercado. Decisões significativas da ANS divergem das recomendações do Ministério da Saúde, ampliando a clivagem antiética entre atenção pública e atenção privada.

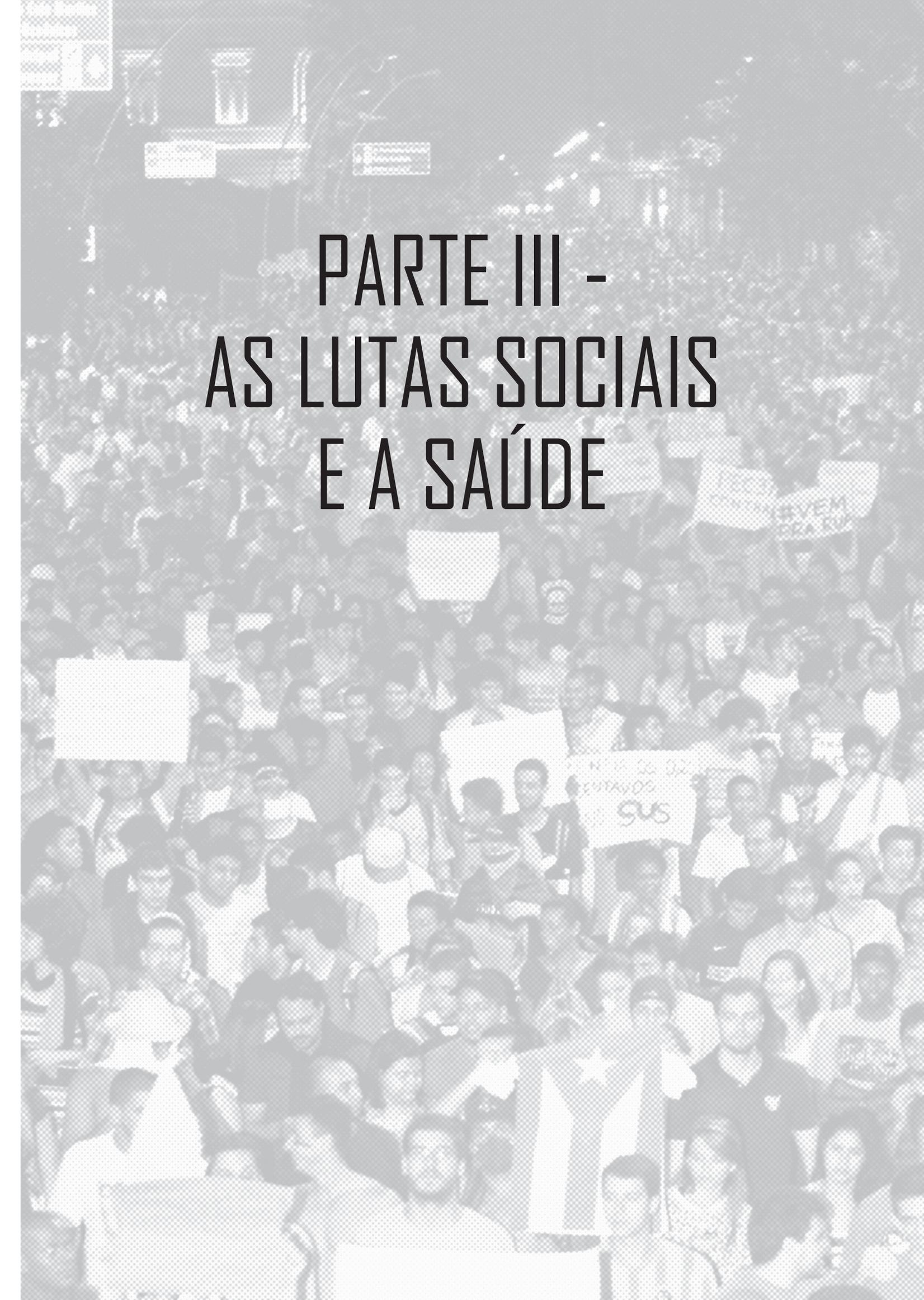
Considerações finais

A despeito da evolução do mercado de seguros e planos de saúde no Brasil desde, ao menos, os anos 80, quando as empresas deixam de ter financiamento direto do estado através de convênios-empresa mantendo o financiamento indireto através de subsídios e gastos tributários, as análises do segmento público e privado da saúde parecem ainda sofrer de uma visão estanque. Como se o crescimento de um segmento tivesse pouca influência no crescimento ou redução do outro. Análises mais aprofundadas são necessárias para melhor

entender fatos que hoje ocorrem em suas relações com a dinâmica do mercado de seguros: sua concentração, internacionalização, abertura de capital e atração de investidores institucionais e integração vertical, constituindo os conglomerados. Custos crescentes do mercado privado de saúde interferem no SUS? Dificuldades de atração e retenção de médicos no SUS teriam a ver com a ampliação do mercado de trabalho privado? A manutenção das práticas de saúde subsumida ao interesse da indústria repercute no modelo assistencial público? Essas e outras questões devem estar na agenda de debates, estudos e práticas políticas dos movimentos que resistem na bandeira da universalização da saúde com integralidade, qualidade e controle popular.

Referências Bibliográficas

- AKIN, J.; BIRDSALL, N. & DE FERRANTI, D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* Washington, World Bank, 1987.
- ANDREAZZI, M.F.S O Seguro Saúde Privado no Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1991.
- _____. Teias e tramas. Relações público-privadas no Brasil nos anos 90 [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, UERJ; 2002.
- ANDREAZZI, M. F. S., SICSU, B., HOLGUIN, T. G. Gastos tributários relacionados ao consumo de atenção privada à saúde contribuição ao debate sobre políticas de financiamento. *São Paulo em Perspectiva.*, v.22, p.137 - 151, 2008.
- ANDREAZZI, M. F. S., KORNIS, G. E. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* v.13, p.1409 - 1420, 2008.
- BAHIA, L Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1999.
- CHESNAIS, F (Coord.) *A finança mundializada: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2005.
- CORDEIRO, H.A. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1984
- _____. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1980.
- CORDEIRO, HA; ANDREAZZI, MFS; BEZERRA, RJAC; NORDSKOG, AG Acreditação de planos de saúde e qualidade: uma revisão. *RAS* _ Vol. 13, no 53 -, pp. 233-243 Out-Dez, 2011.
- GRUN, R A dominação financeira no Brasil contemporâneo, *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 25, n. 1pp. 179-213, 2013.
- LACAZ FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical [tese]. Campinas: Unicamp; 1996.
- MARX, K. O capital. Livro 1. *Coleção Os Economistas*, Editora Nova Cultural Ltda. Círculo do Livro Ltda, 1996.
- MÉDICI, A. Incentivos Governamentais ao Setor Privado no Brasil, Rio de Janeiro, *Relatórios Técnicos* n 1/89. Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, Operadoras e Planos*. Rio de Janeiro, Agência Nacional de Saúde Suplementar, dezembro de 2013.
- MUSGROVE, P. Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde. In ANDREAZZI, M.F.S. e TURA, L.F.R. *Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro, Editora Escola Anna Nery, pp. 63-103, 1999.
- OCKÉ-REIS, C.O. O Setor Privado em Saúde no Brasil: os Limites da Autonomia. [Tese de Mestrado]. Instituto de Medicina Social/UERJ, 1995.
- _____. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):1041-1050, 2007
- OECD – Relatório sobre a Reforma Regulatória. Fortalecendo a Governança para o Crescimento. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2008.
- PANCOTTO, A. R\$ 4 bilhões em desoneração aos planos privados de saúde. *Revista da APM*, Edição 651, Dezembro de 2013 Disponível em: <http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=10082>. Acessado em: 30 mar 2014.
- POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo; HUCITEC; 1989.
- PACHECO, M. A *Indústria Farmacêutica e Segurança Nacional*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- PAIM, J. S. e TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup):1819-1829, 2007
- SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.
- WERNECK, H. F. Os Seguros Privados de Saúde no Brasil: uma análise taxonômica a partir da OCDE. *Textos para Discussão*, n. 2. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, abril de 2010.



PARTE III -
AS LUTAS SOCIAIS
E A SAÚDE

3.1. Nas ruas por direitos: a resposta popular às contrarreformas da democracia blindada brasileira

Felipe Abranches Demier

Apresentação

O presente artigo, de perfil ensaístico, tem por objetivo apresentar alguns breves apontamentos acerca das mobilizações ocorridas no Brasil em junho do ano passado. Mais particularmente, buscaremos assinalar as relações existentes entre a dinâmica daquelas multitudinárias mobilizações e o tipo de regime democrático-liberal então vigente no país.

Tal regime, dotado de um caráter *hegemônico* (isto é, combinando de forma equilibrada elementos de *consenso* e *coerção*) apresenta – diferentemente das democracias liberais de tipo keynesiano (reformista) – estruturas de funcionamento hermeticamente fechadas às pressões populares, preservando seus núcleos institucionais decisórios como espaços exclusivos dos interesses da classe dominante – e é por isso que denominamos alhures este regime de *democracia blindada*.¹ Impedindo, por meio de uma série de artifícios econômicos, políticos e culturais, que as demandas populares de cunho reformista possam adentrar a cena política institucional, a democracia brasileira, erigida nos estertores da ditadura empresarial-militar, encerra – assim como grande parte das democracias liberais contemporâneas – um sentido histórico profundamente regressivo. Na atual conjuntura de crise econômica do chamado *tardo-capitalismo* (NETTO, 2010), os regimes democrático-liberais acentuaram seu conteúdo *contrarreformista*, cujos nocivos efeitos para aqueles que vivem da venda (ou da tentativa de vender) sua força de trabalho tentam ser minimizados pela expansão de políticas sociais compensatórias, carentes de universalidade. Pode-se dizer que, nessas democracias liberais contemporâneas, de tipo *blindado*, verifica-se uma *nova* forma de trato da *velha* “questão social” por parte do Estado capitalista (NETTO, 2010; BEHRING, 1997; e IAMAMOTO, 2012). No Brasil, é possível perceber como, independente das coalizões partidárias que estejam momentaneamente à frente do poder, a tônica da política estatal tem sido a aplicação de uma agenda

programática cujos eixos centrais são o esfacelamento das já rareadas e esqualidas conquistas sociais contidas na Carta de 1988 (com destaque para a Saúde) e a aplicação de políticas sociais de perfil focalizado.

Foi em defesa daquelas conquistas – ou melhor, em defesa de sua efetivação para além do papel – que as massas saíram às ruas no último inverno brasileiro, o que exprimiu, objetivamente, uma tentativa das mesmas de frear uma contínua marcha de “expropriações” (FONTES, 2010) que, em níveis desiguais, vem atingindo o conjunto dos setores subalternos nas últimas duas décadas. Como apontaremos ao final, o regime democrático brasileiro, em uma clara demonstração de total *surdez política*, continua, mesmo após as jornadas de junho, a se mostrar impermeável às demandas reformistas populares, não fazendo senão lançar mão de mais uma ou outra política social compensatória, enquanto segue aplicando a agenda de *contrarreformas*. Ao mesmo tempo, o regime desencadeia, por meios jurídicos, repressivos e ideológicos, uma campanha que procura isolar e criminalizar as germinais tentativas dos trabalhadores de resistir aos planos *contrarreformistas*.

1. As jornadas de junho de 2013: a revolta popular contra a democracia blindada

Sem muitos riscos, pode-se dizer, portanto, que as ingentes massas que se levantaram em junho de 2013 o fizeram contra os efeitos sociais deletérios deste regime *democrático-blindado*, o qual começou a ser engendrado ainda sob a (e pela) ditadura bonapartista, medrou e institucionalizou-se nos governos tucanos de Fernando Henrique Cardoso, e foi lapidado pelo *transformismo petista* no poder (DEMIER, 2012). Ainda que difusas ideologicamente e extremamente débeis em seus âmbitos organizativo e político-diretivo, as multitudinárias manifestações tiveram como alvo central o

¹ Uma análise mais detalhada do que denominamos de democracias blindadas pode ser encontrada em (DEMIER, 2012).

alto custo e/ou a obscena precariedade dos serviços públicos básicos, dos quais depende a maioria esmagadora da população brasileira. Tal fato pôde ser verificado nos inúmeros cartazes que clamavam por “mais Saúde”, “mais Educação” e pela “redução da tarifa” (ou “passe livre”) nos transportes coletivos. Em comparação ao descaso estatal nessas áreas fundamentais, muitos manifestantes questionavam também o alto investimento de recursos públicos nos estádios que receberão jogos da Copa do Mundo da FIFA (a ser realizada em junho/julho do presente ano de 2014).

Desse modo, ainda que os manifestantes não tenham se colocado, em termos subjetivos, contrários ao regime democrático-liberal enquanto tal (isto é, não tenham apresentado uma “consciência antirregime”, como se costuma dizer em certos meios), não seria equivocado afirmar que eles se colocaram *objetivamente* contra o regime, na medida em que se insurgiram diretamente contra as nocivas consequências de suas *contrarreformas*. Evidentemente, a simples ida às ruas, e o consequente enfrentamento com as forças policiais, promoveram um avanço na subjetividade popular, e elementos antirregime (derivados da percepção de que o Estado e democracia existentes são um Estado e uma democracia de classe) se desenvolveram em uma parcela minoritária dos manifestantes. Contudo, para um setor mais amplo das massas descontentes, tais elementos se apresentaram sob a forma de um amálgama ideológico que continha, em forte dosagem, aspectos subjetivos “antipolíticos” (“contra a política” e “contra todos os partidos”, por exemplo), de extração ideológica claramente reacionária, os quais, paradoxalmente, são instilados permanentemente pelo próprio regime *político* democrático-blindado, e que foram oportunamente reforçados por ele no contexto de junho (voltaremos a este ponto mais à frente). Assim, diferentemente de outras experiências históricas (algumas bem recentes, como no Oriente Médio e Norte da África), nas quais os massivos setores mobilizados enxergaram o regime político, em si, como um inimigo a ser vencido, as revéis massas brasileiras, em sua enorme maioria, se bateram contra os nefastos produtos sociais do regime político vigente (serviços públicos caros e/ou altamente precarizados), e até mesmo contra alguns de seus traços constitutivos (falta de participação popular, repressão, corrupção etc.), mas não o identificaram – isto é, não identificaram a *democracia liberal blindada* – como o principal responsável pelas mazelas que as afligem diariamente.

Estando os canais institucionais do regime praticamente fechados às demandas populares de cariz reformista, as mobilizações de rua se apresentaram, provavelmente, como a única opção para aqueles descontentes com a impossibilidade de usufruir, na prática, os direitos sociais fixados em lei. Assim, a repentina e surpreendente opção das massas por tomar as ruas pode ser compreendida mais como uma expressão da eliminação das mediações (representações) políticas reformistas no interior do próprio regime (e aqui a viragem do Partido dos Trabalhadores – PT – é o aspecto decisivo) do que como obra de uma suposta subjetividade política radical alcançada pelos setores populares – do mesmo modo que, *mutatis mutandis*, as disruptivas greves de 1917 e 1918 no Rio de Janeiro e em São Paulo parecem ter derivado mais do próprio caráter

absurdamente restritivo do regime oligárquico da Primeira República, que rechaçava até mesmo uma eventual participação moderada por parte dos elementos não proprietários, do que da penetração das ideias de Bakunin e Malatesta entre o então jovem proletariado brasileiro. Por um motivo ou outro, o fato é que a ocorrência das mobilizações populares significou uma ruptura brusca com o ramerrão da vida política nacional. A volta da política às ruas e às praças, quebrando o monopólio político palaciano-parlamentar, sintonizou o Brasil com uma nova conjuntura mundial que, marcada por cotidianas (embora não agudas) lutas contra ordem capitalista *contrarreformista*, já é visivelmente diferente da resignação social que caracterizou boa parte do período 1991-2008. Uma nova situação política foi aberta no Brasil em junho de 2013 e, ao que parece, ela ainda não pode ser dada como fechada.

Os protestos se iniciaram do modo como até então vinham se apresentando os reclamos populares ao longo dos aproximadamente vinte e cinco anos de refluxo do movimento de massas: atos realizados por setores de vanguarda, uma habitual repressão policial e o sórdido silêncio por parte da grande imprensa, uma das principais instituições auxiliares do regime *democrático-blindado* – convém apontar. Dessa vez, entretanto, os atos tiveram como mote uma reivindicação que ultrapassava o fragmentalismo sindicalista que caracterizou boa parte das lutas do período anterior. Um pequeno contingente de militantes, capitaneado pelo Movimento Passe Livre (MPL) e pelos partidos da oposição de esquerda ao governo (Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado – PSTU; Partido Socialismo e Liberdade – PSOL; e Partido Comunista Brasileiro – PCB), saiu às ruas em São Paulo, nos primeiros dias de junho, para protestar contra o aumento das tarifas nos transportes urbanos de massa.

As redes sociais driblaram o bloqueio midiático e a luta começou a ganhar adesões e despertar simpatias. A grande imprensa rompeu o silêncio e passou a condenar abertamente aqueles que “atrapalhavam o trânsito e impediam o exercício do direito de ir e vir”. Ironicamente, ao adicionar mais tediosos minutos ao longo tempo já gasto pelos cidadãos que se deslocam na megalópole periférica, as manifestações chamavam atenção justamente para uma das causas responsáveis por esse exagerado dispêndio de tempo: a precariedade e o alto custo dos transportes coletivos, controlados por mafiosas empresas privadas. Instigado pelos editoriais midiáticos, o aparelho de repressão estatal reprimiu violentamente os manifestantes.² O regime deu um tiro no pé. As imagens da atroz repressão policial – que atingiu até jornalistas da grande imprensa – se tornaram “virais” na internet e funcionaram como um acicate para que outras manifestações, em São Paulo e no Rio de Janeiro, viessem a ocorrer nos dias seguintes. Crescia a solidariedade à luta contra o aumento tarifário dos transportes e, principalmente, às vítimas da repressão policial. Sem dúvida, esta última acabou por se tornar o principal alvo dos manifestantes, o que colocava (coloca) em discussão o modo de atuar, e mesmo a simples existência, das polícias militares no (eu-femisticamente) chamado “Estado Democrático de Direito”. Centenas de milhares saíram às ruas e, dessa vez, apareceram

2 A sub-reptícia parceria entre a grande imprensa e a polícia no que tange à repressão dos manifestantes de junho foi analisada em MATTOS, outubro de 2013.

com destaque no leque das reivindicações populares consignas em defesa de outros direitos sociais (além do Transporte) negados pela *democracia blindada*. Surgindo para os politólogos de plantão *como um raio no céu azul*, as mobilizações de junho se tornaram multitudinárias e, depois de décadas de *contrarreformas*, exigiam, entre outras demandas, Saúde, Educação e Transporte públicos, baratos e de qualidade. As duas principais capitais do país estavam em ebulição social. O movimento começava a se espalhar por outras grandes e médias cidades. A Copa das Confederações da FIFA, que então ocorria em vários estados do país, estava ameaçada de não chegar ao final. A burguesia foi surpreendida, e precisava reagir.

Ainda que politicamente desorganizadas, as manifestações tendiam a favorecer o crescimento de um campo político ligado à oposição de esquerda – para quem os elementos de blindagem do regime se apresentam com particular intensidade. Isso porque, na prática, o movimento, no seu epicentro, se enfrentava contra prefeituras e governos estaduais dirigidos pelas duas alas do *partido da ordem* brasileiro (o PT e o Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB –, cada qual com seus devidos aliados). Tanto a direita quanto a “esquerda” *contrarreformistas* estavam potencialmente ameaçadas. Visando obstar o crescimento deste campo à esquerda no cenário político nacional e, prioritariamente, de um segmento antirregime (revolucionário), a burguesia, por meio da grande imprensa, adotou uma estratégia inteligente, baseada em três eixos táticos insidiosos:

1) Depois de ter peremptoriamente condenado as manifestações, a grande imprensa, abruptamente, inflectiu sua posição e passou a saudá-las, ao passo que buscava pautá-las – o que foi ilustrado na patética e muito comentada autocrítica de Arnaldo Jabor, comentarista televisivo agraciado pelos setores médios conservadores semiletrados.³ Assim, as mobilizações de massas eram agora tratadas midiaticamente como grandes “atos cívicos”, os quais deveriam ter como consignas – e, segundo alguns telejornais, já as tinham – a “prisão dos ‘mensaleiros’”, a “não aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC)-37” (uma PEC da qual quase ninguém fora das editorias jornalísticas sabia do que se tratava) e – sempre ela – a “luta contra a corrupção”, entre outras reivindicações até então praticamente invisíveis nas mobilizações (dentre as quais a “redução do número de ministérios do Governo Dilma” foi, sem dúvida, a mais esdrúxula, já que nem mesmo o mais otimista dos *contrarreformadores do Estado* pode acreditar que uma bandeira como esta seja capaz de gerar indignação social para além dos círculos tecnocráticos). Importante assinalar que não é necessário envidar esforços para notar nesta plataforma udenista-neoliberal propugnada pela grande imprensa a mão da oposição de direita, encabeçada pelo PSDB, a qual tentou aproveitar-se das mobilizações para desgastar eleitoralmente o governo petista (mas jamais cogitou derrubá-lo, como insinuaram alguns escribas governistas).

Em função da cobertura midiática, criou-se uma situação um tanto quanto absurda, de traços surreais: milhares e milhares de pessoas iam aos protestos exigir serviços públicos baratos e de qualidade, mas, ao retornarem às suas casas, recebiam

a notícia pelos telejornais de que, na verdade, haviam, todas elas, ido às ruas para combater uma PEC desconhecida, pedir o fim da corrupção, clamar pela prisão dos “mensaleiros” e até mesmo exigir a tal redução do número de ministérios! Ocorre que, em poucos dias, numa inversão tipicamente *espetacular* entre realidade e discurso, milhares e milhares de pessoas, entre trabalhadores desorganizados e setores médios conservadores, levantaram dos seus sofás e, com tal plataforma programática, foram às ruas engrossar os atos, quadruplicando o número de presentes nestes. Com isso, a incessante cobertura midiática a respeito de atos passou a ser, ao menos em parte, verdadeira, e os setores de esquerda que haviam iniciado as mobilizações viram-se rapidamente diluídos em meio a uma enorme massa policlassista e politicamente heterogênea. Para os fins de uma oposição de esquerda que ainda engatinha na sua reconstrução pós-*transformismo* petista, o brutal aumento de quantidade, nesse caso, significou um inegável recuo de qualidade. Quem, por um acaso, foi às primeiras manifestações contra o aumento tarifário nos transportes de São Paulo e esteve presente também na Av. Presidente Vargas, no centro do Rio de Janeiro, no dia 20 de junho, pode ter a dimensão do que afirmamos aqui.

Rapidamente, um aspecto acerca da bandeira midiática *anticorrupção* merece ser apontado. Embora suas origens remontem a tempos idos, e o fascismo a tenha agitado demagogicamente, a ideologia segundo a qual o “sistema político” – e não o sistema capitalista – é eminentemente corrupto é uma ideologia constitutiva do próprio regime *democrático-blindado* brasileiro. Sua função neste é, sobretudo, afastar os segmentos subalternos do tal “sistema político”, deixando-o inteiramente livre para os gestores do capital. O funcionamento desta ideologia *anticorrupção* se processa por meio de uma engrenagem visivelmente contraditória.

Por um lado, é bombardeada diariamente pela imprensa e seus comentaristas políticos vulgares uma litania sobre a necessidade de se respeitar e fortalecer as instituições republicanas, visando à consolidação da democracia (*blindada*) no Brasil. Uma das tarefas necessárias ao “cidadão” seria, por meio do voto e de eventuais campanhas cívicas (normalmente animadas por organizações não governamentais – ONGs), ajudar a afastar de tais instituições as práticas corruptas. Eternizadas, essas instituições deveriam, portanto, serem aperfeiçoarem com a “ajuda dos cidadãos”. Não há e nem pode haver política fora dos espaços já configurados do regime, isto é, não há e nem pode haver vida política para além da democracia liberal e de suas instituições *blindadas*.

Todavia, *pari passu* a esse discurso glorificador das “instituições democráticas”, difunde-se, a partir da enxurrada de denúncias jornalísticas que associam políticos de todos os matizes às práticas corruptas, a ideia de que aquelas mesmas instituições (com destaque para o Parlamento e o Executivo) são locus privilegiados de corrupção e que, portanto, a política que se faz no interior delas é inevitavelmente corrupta. Assim, ao mesmo tempo em que, por um lado, se cultuam as instituições do regime (e defende-se o seu aperfeiçoamento como “tarefa cidadã”), por outro, *sub-repticiamente*, difunde-se a tese de que essas mesmas instituições são inexpugnavelmente corruptas e envilecidas. É nesse sentido que se pode

3 O papel da imprensa nas mobilizações de junho foi analisado ainda no calor dos acontecimentos por CALIL, junho de 2013.

falar de um discurso ambíguo (ou bi-facetado) por parte da ideologia *anticorrupção*.

Essa ambiguidade encerra, como antecipamos, uma funcionalidade vital no que diz respeito à sobrevivência do regime, dado o mecanismo circular e tautológico engendrado por ela. De um lado, busca-se limitar os horizontes da política às instituições liberal-democráticas, o que leva, de certo modo, a um fortalecimento do próprio regime *democrático-blindado* (já que, segundo a lógica institucionalista esboçada acima, não há e nem pode haver política fora das instituições do regime). De outro lado, porém, ao fazer ecoar a forma corrupta como estas instituições operam, é produzida uma *desqualificação da política*, já que esta é apontada (conquanto de forma velada e difusa) como algo vertebrado por roubalheiras e atividades afins. Sendo as práticas políticas reduzidas às atividades que respeitam e aperfeiçoam as instituições do regime, a ideologia *anticorrupção* faz com que qualquer tentativa de combate à corrupção seja automaticamente canalizada para dentro do próprio regime (a partir das campanhas cívicas que buscam livrar as instituições republicanas do que é a sua própria essência, a corrupção), ou seja conduzida a um beco sem saída, isto é, a uma saída “apolítica”: afinal de contas, se as instituições são corruptas, mas se não há e nem pode haver política fora delas, simplesmente não existe nada a ser feito.

Utilizada em alto volume pela imprensa em junho, a ideologia *anticorrupção* logrou um relativo êxito ao adular, em parte, o teor das mobilizações e, por conseguinte, tornar o seu desenvolvimento autolimitado. Enquanto boa parte dos “rebelados” contra a corrupção, em especial os provenientes dos setores médios conservadores, levantava propostas que ingenuamente visavam eliminá-la por dentro das estruturas do regime corrupto (por meio de PECs como a 37, leis como a da “ficha limpa” e a do enquadramento jurídico da corrupção na categoria de “crime hediondo), outra considerável parcela dos manifestantes, mais plebeia, simplesmente rejeitava toda e qualquer atividade política, vista por eles como sinônimo de corrupção (“Abaixo os políticos!”, “Abaixo os partidos!” etc.). Tanto um quanto outro posicionamento mostram-se igualmente estéreis, na medida em que rejeitam (por questões de classe e/ou consciência) uma perspectiva política de jaez disruptivo, antirregime, revolucionária.

2) Outro eixo da estratégia burguesa destinada a impedir o crescimento da oposição de esquerda foi a propagação midiática da ideologia *antipartido*, a qual, como se pode notar, guarda íntimas relações com o discurso desqualificador da política visto acima – Não estamos nos referindo aqui, convém ressaltar, à pueril ideologia *antipartido* de extração anarquista, a qual, requeitada por grupos autonomistas e afins, ganhou força entre os setores de vanguarda na Europa nas últimas duas décadas, e também se fez significativamente presente entre segmentos pequeno-burgueses de esquerda nos atos de junho no Brasil.

Fazemos menção neste item àquela ideologia *antipartido* cujas raízes remontam à retórica bonapartista, na qual a divisão da sociedade “em partes” (os partidos) é vista como nociva ao ordenamento social e ao bom funcionamento da vida nacional. Com variações, tal retórica tem lugar também

no discurso demagógico do fascismo, onde apenas um único partido, o do poder, aparece como dotado de legitimidade, dado que representaria “toda a nação” (e não cada um dos seus grupos politicamente beligerantes). Nessas duas modalidades ídeo-políticas contrarrevolucionárias, os partidos políticos (e, no caso do fascismo, com a natural exceção do próprio partido fascista) aparecem não só como a expressão de um conflito político-social que dilacera a nação, mas também como o espaço da representação de interesses pessoais, mesquinhos e corruptos. Tal como na ideologia *anticorrupção*, a política, *per si*, assume uma conotação negativa. A política é reduzida à atividade dos partidos, os quais, por sua vez, não passariam de “antros de corruptos”.

Evidentemente, essa ideologia, quando propagada pela grande imprensa em junho, encontrava (encontra) um visível lastro na realidade política nacional, o que lhe conferiu enorme força social. A adequação do PT, no poder, ao programa *contrarreformista* e às práticas de conagração que imperam no Legislativo (como o “mensalão”, certamente não inventado pelo partido de José Dirceu) em muito contribuiu para sustentar ideologicamente o adágio de que “todos os partidos e todos os políticos são iguais”. Entre outros efeitos deletérios produzidos por essa alternância de poder sem alternância programática entre os dois principais *partidos da ordem* da *democracia blindada* brasileira,⁴ pode-se destacar um brutal recuo na consciência política por parte de um amplo setor da classe trabalhadora (o qual, durante duas décadas, depositou no PT suas esperanças por uma significativa transformação social no país).

Muito habilmente, a burguesia, via grande imprensa, explorou esse desgaste com os *partidos da ordem* visando a transformá-lo, celeremente, em um desgaste com os *partidos em geral*, isto é, *como todo e qualquer partido político*. Conseguiu. No velho estilo do “*se eu não brinco, não brinca mais ninguém*”, a classe dominante, diante de mobilizações que se chocavam contra os seus dois principais gerentes políticos (PSDB e PT, com seus respectivos aliados), empenhou-se em evitar um possível crescimento dos partidos não burgueses. Assim, a crítica midiática à participação de partidos políticos nos atos encontrava-se dirigida especificamente à participação de determinados partidos políticos, os da oposição de esquerda, já que seria no mínimo estranho, no auge do processo mobilizatório (entre os dias 13 e 21 de junho), a presença de bandeiras petistas e tucanas em atos voltados, na prática, contra os governos petistas e tucanos. Se os *partidos da ordem* estavam vetados na festa, todos os outros também o deveriam estar. Sordidamente, a grande imprensa noticiou o que seria uma oposição nas ruas entre “manifestantes” e “membros de partidos”, e praticamente instava os primeiros (“cidadãos lutando contra a corrupção, a PEC-37 etc.”) a expulsar os segundos (“oportunistas e defensores de corruptos”) das grandes mobilizações, cada vez mais convertidas em ordeiros “atos cívicos” (CALIL, junho de 2013).

4 A expressão partido da ordem foi utilizada por Marx para caracterizar, na França dos anos 1848-1851, os vários agrupamentos políticos burgueses que, a despeito de suas diferenças, rugas e rivalidades, eram todos partidários da manutenção da ordem capitalista, tal como esta se encontrava configurada. (MARX, 1978).

A reacionária ideologia *antipartido* contribuiu para a manutenção da desorganização política das mobilizações, e criou um ambiente ideológico propício para que grupos de ultradireita e mercenários a soldo do Estado pudessem espancar os membros dos partidos da oposição de esquerda, em especial o PSTU (cuja aparição nos atos se dava de forma mais organizada e visível). Desse modo, a tentativa (em boa parte, exitosa) de fabricação midiática de um *consenso antipartido* entre uma grande massa de manifestantes permitiu que os partidários da oposição de esquerda fossem reprimidos com a trágica cumplicidade de muitos que, roboticamente, repetiam o lema fascista de que “o meu partido é o Brasil”, e hostilizavam a presença de qualquer bandeira (sobretudo as vermelhas) que não fosse a nacional.

Não é secundário assinalar que o êxito obtido pelos dois eixos táticos acima destacados da estratégia burguesa deveu-se, em grande medida, ao fato de a classe trabalhadora ter estado presente nas mobilizações de junho na condição subjetiva de *massa*, isto é, como uma classe desprovida de uma autêntica consciência de classe ou, mais precisamente, *dotada de uma consciência classista por demais rebaixada* (LUKÁCS, 2003). Composta, majoritariamente, pelo que o sociólogo marxista Ruy Braga denomina de *precarizado* (BRAGA, 2012),⁵ as multitudinárias manifestações de junho, ainda que expressando o descontentamento de classe com os efeitos das *contrarreformas* do regime, não evidenciaram uma avanço político-organizativo dos trabalhadores. Em outras palavras: a classe trabalhadora se fez presente, aos milhares, no ápice das mobilizações de rua, mas o fez subjetivamente na condição individual de “cidadão”, de uma “simples adição de grandezas homólogas” (MARX, 1978, p. 115), e não na de um grupo social possuidor de interesses históricos opostos ao do capital. Depois de aproximadamente vinte anos de modorrento refluxo, milhares de trabalhadores, sobretudo os mais jovens, tomaram abruptamente as ruas como se partissem do zero, ignorando ou recusando verbalmente os métodos de organização e luta gestados por sua classe em tempos pretéritos (ainda que, na prática, fossem impelidos a adotar alguns deles, como os fóruns, as assembleias, os ataques aos símbolos do poder político etc.).⁶ Nada mais previsível, dado a súbita mudança de conjuntura associada à indigência organizativa e ao isolamento político em que se encontravam (encontram) os setores mais conscientes da classe trabalhadora. Retardatários, estes setores realizaram, no dia 11 de julho, importantes atos por várias cidades do país por intermédio das centrais sindicais (inclusive as governistas), mas não conseguiram

atrair a participação daquelas centenas de milhares que haviam apinhado as ruas nos dias 17 e 20 do mês anterior. Evidentemente, a propaganda ideológica *antipartido* em muito contribuiu para este relativo fracasso.

3) Tendo fechado o caminho para a oposição de esquerda – e, com isso, afastado o perigo de que as mobilizações assumissem *subjetivamente* um caráter antirregime –, a burguesia viu-se diante da tarefa de pôr fim às mobilizações. As revogações dos aumentos tarifários nos transportes das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo (anunciadas, no dia 19 de junho, simultaneamente em coletivas de imprensa dos seus respectivos prefeitos, os quais tiveram ao seu lado os governadores estaduais), não lograram esfriar o ânimo dos rebelados, que voltaram a entupir as ruas no dia seguinte em número jamais visto sob a *democracia blindada*.

Foi nesse momento que ganhou força o terceiro eixo tático da burguesia para disputar/combatê-las as mobilizações. Uma vez feito o anátema da oposição de esquerda, a grande imprensa intensificou um discurso prestidigitador que dividia os manifestantes entre “pacíficos” e “vândalos” (MATTOS, outubro de 2013). Esse mesmo discurso, na enorme maioria dos casos, omitiu propositalmente o fato – noticiado por veículos alternativos como a *Mídia Ninja* – de que entre os “vândalos” havia policiais infiltrados (P2), os quais foram responsáveis pela execução de muitos dos tais “atos de vandalismo” – nos quais foram seguidos, naturalmente, por alguns ingênuos setores anarquistas e determinados grupos protopolíticos (ou pós-políticos), como os Black Blocs, tratados midiaticamente como perigosos “vândalos mascarados”. A divisão dos manifestantes entre “pacíficos” e “vândalos”/“baderneiros”/“mascarados” operada pelo discurso midiático procurou criar um consenso que legitimasse a repressão policial nas manifestações, a qual, como ficou patente, não se limitou aos grupos de fato envolvidos nas atitudes performaticamente mais radicalizadas – No Rio de Janeiro, onde as mobilizações prosseguiram em baixa intensidade (porém com regularidade) nos meses subsequentes a junho, ficou nítido como o tacão de ferro policial esteve potencialmente direcionado a todo e qualquer um que pusesse os pés nos atos de rua contra o governador Sérgio Cabral (do Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB – e apoiado pelo PT). Durante a combativa greve dos profissionais da educação do município carioca, a vanguarda da categoria, vinculada à oposição de esquerda, foi brutalmente reprimida pelo aparato de repressão estatal.

Por meio desses três eixos táticos, a estratégia burguesa para dirigir e, por conseguinte, encerrar as mobilizações mostrou-se relativamente vitoriosa. Atos e protestos de pequeno e médio porte continuaram a ter lugar em algumas cidades, como no Rio de Janeiro (onde o violento e antipopular governo de Cabral continuou a ser atacado pelos setores de vanguarda), mas a enorme onda mobilizatória que assolou o país em junho entrou em declínio já a partir do mês seguinte. Todavia, como antecipamos, a situação política aberta em junho no país ainda não pode ser, convictamente, dada como encerrada. O desenrolar da luta de classes no próximo seguinte e, particularmente, a existência ou não de novas mobilizações quando da Copa do Mundo em julho serão aspectos decisivos para que possamos

5 Segundo Braga, “os trabalhadores precarizados são uma parte da classe trabalhadora em permanente trânsito entre a possibilidade da exclusão socioeconômica e o aprofundamento da exploração econômica (...) A necessidade de definir os limites gerais do precariado nos obriga também a diferenciá-lo dos setores profissionais, ou seja, aqueles grupos mais qualificados, mais bem remunerados e tendencialmente mais estáveis, da classe trabalhadora. Em suma, identificamos o precariado com a fração mais mal paga e explorada do proletariado urbano e dos trabalhadores agrícolas, excluídos a população pauperizada e o lumpemproletariado, por considerá-la própria à reprodução do capitalismo periférico”. (BRAGA, 2012, p. 19). Sobre o protagonismo do *precarizado* nas manifestações de junho, ver BRAGA, 2013 e PESTANA, 2013.

6 Quem nos chamou a atenção para essa contradição existente entre o discurso e a prática dos manifestantes (ou pelos menos de uma parcela destes) foi o amigo e intelectual marxista Waldo Mermelstein.

ter uma visão mais aproximada acerca da real correlação de forças existente no Brasil pós-junho de 2013.

2. “Ouvir a voz das ruas”? A surdez do regime diante das mobilizações de junho

Nas páginas acima, observamos os meios pelos quais a classe dominante brasileira, por intermédio de algumas das instituições do regime *democrático-blindado* (com destaque para a grande imprensa e o aparelho repressivo) conseguiu pôr termo às manifestações multitudinárias de junho. Nas poucas linhas a seguir, buscaremos pontuar brevemente o modo pelo qual o regime reagiu concretamente às demandas sociopolíticas provenientes das ruas em junho. Por questões de espaço, limitamos-nos aqui a listar três aspectos/dimensões desse trato do regime em face das tais demandas populares, a partir dos quais é possível verificar o que chamamos de *surdez da democracia blindada brasileira* (o que não é senão uma demonstração dessa própria *blindagem*).

a) Não obstante o simbólico recuo no aumento das tarifas do transporte urbano, o regime *democrático-blindado*, apesar de muita verborragia midiática, não procurou atender, de fato, a qualquer uma das demandas reformistas advindas do movimento de massas (“mais Saúde”, “mais Educação”, “mais participação popular”, “mais democracia” etc.). Apesar da ingente pressão das ruas e do conseqüente temor que possivelmente se verificou nas esferas dirigentes no mês de junho, as principais instituições do regime (Executivo, Legislativo, Judiciário) se mostraram tão impenetráveis pelas reivindicações populares quanto antes. A *blindagem* foi preservada. A cúpula política do regime (o que inclui tanto o governo, quanto a oposição) se portou frente à “voz das ruas” à maneira de um surdo diante de alguém que, a plenos pulmões, grita pelo seu nome. Nenhum dos itens que compõe o “pacto” apresentado por Dilma (em pronunciamento nacio-

nal quando da crise de junho) pode ser, a rigor, considerado como reformista.⁷

b) Além de não efetivar (mesmo que de forma distorcida e limitada) nenhum dos eixos da plataforma reformista do movimento de massas, tanto o Executivo quanto o Legislativo, dando sinais de uma espécie de *autismo político burguês*, aproveitaram-se do clamor das ruas para, surpreendentemente, anunciar/aprovar medidas que vão de encontro ao conteúdo das reivindicações populares, e que, portanto, acentuam o caráter *contrarreformista* do regime e reforçam sua *blindagem* (a mirabolante cobertura midiática, ao apresentar como solução para os problemas sociais aquilo que na verdade só faz acirrá-los, é um elemento decisivo na perpetuação desta *blindagem*). Tragicomicamente, o primeiro dos tais pontos do “pacto” de Dilma foi justamente a promessa governamental de seguir aplicando a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), responsável diretamente pela realização do superávit primário e, por conseqüente, pela precariedade dos serviços públicos. Entre outros exemplos, vale mencionar o empenho do governo petista na execução do *privatizante* projeto da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH),⁸ o leilão do campo petrolífero de Libra⁹ e a aprovação pelo Senado de uma proposta de minirreforma (*contrarreforma*) eleitoral que aumenta ainda mais o peso do poder econômico nos processos eletivos.¹⁰ Tal fato, a nosso ver, evidencia, ao mesmo tempo, tanto a força conjuntural quanto uma fraqueza em potencial da democracia *blindada* no Brasil. Se, por um lado, o regime, mesmo enormemente pressionado, mostrou-se capaz de não recuar sequer momentaneamente em seu projeto *contrarre-*

7 <http://jovempan.uol.com.br/arquivo/manifestacoes-pelo-brasil/dilma-anuncia-plebiscito-por-reforma-politica-e-pacto-com-5-itens.html>.

8 <http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=376> e <http://www.adufrj.org.br/index.php/noticias-destaque/722-consuni-muda-de-local-para-debater-ebserh.html>.

9 <http://g1.globo.com/economia/noticia/2013/10/consorcio-formado-por-petrobras-e-mais-4-empresas-vence-leilao-de-libra.html>.

10 <http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/09/senado-conclui-aprovacao-da-minirreforma-eleitoral.html>.



formista, por outro, sua total inflexibilidade e intransigência no que diz respeito à incorporação das demandas reformistas pode vir a se converter, em uma conjuntura futura na qual se verifique uma maior organização popular, no fundamento de sua derrubada pelo movimento de massas. Em uma palavra, o regime *democrático-blindado* brasileiro deu uma prova histórica de sua total inelasticidade no campo da política social, o que exprime a pouca margem de manobra que possui enquanto forma de dominação política.

c) O regime *democrático-blindado*, evidenciando os limites cada vez maiores da democracia burguesa na periferia do sistema capitalista em crise, lançou mão de casuísticos artifícios jurídico-políticos com o objetivo de atacar aqueles que demandavam direitos sociais e políticos. Tal fato pôde ser observado na criação/aprovação, em vários estados da federação, de dispositivos legais que limitam absurdamente o direito de manifestação (a aprovação, por várias câmaras estaduais, da proibição do uso de máscaras nos protestos populares talvez seja o melhor exemplo desses dispositivos). Como parte desse estratagema jurídico-político, destaca-se a criação de órgãos políticos de exceção (como a Comissão Especial de Investigação de Atos de Vandalismo em Manifestações Públicas – CEIV –, instalada pelo governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral, e já extinta),¹¹ os quais buscam dar amparo legal a uma verdadeira caçada policial então em curso sobre setores do movimento (podemos listar aqui a prisão dos Black Blocs, realizadas a partir do IP de seus computadores, no Rio de Janeiro,¹² os sequestros com torturas efetuados pela Polícia de Pernambuco contra determinados manifestantes,¹³ e o encarceramento de 70 manifestantes a partir de seu enquadramento na nova lei de “crime organizado”.¹⁴ Ainda que possa ter se mostrado funcionalmente útil a curto prazo, a exacerbada repressão policial (juridicamente acobertada) fez revelar, aos olhos de um amplo contingente populacional (em especial entre a classe média mais plebeia e radicalizada), o verdadeiro caráter de classe da democracia vigente, aumentando, portanto, o espectro social da oposição ao regime. Os anúncios por parte do Governo Dilma de que de recrudescerá ainda mais as atitudes repressivas do Estado quando da realização da Copa do Mundo contribuem para uma caracterização de que a luta de classes pode vir a ter outro pico em breve no país, e de que a *democracia blindada brasileira* não hesitará em mostrar a que classe social ela serve.

Referências Bibliográficas

- BEHRING, Elaine R. “A nova condição da política social” in *Em pauta*, n.º 10. Rio de Janeiro: UERJ, 1997.
- BRAGA, Ruy. *A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista*. São Paulo: Boitempo/USP, 2012.
- _____. “Sob a sombra do precariado” in HARVEY, D.; MARI-CATO, E.; ZIZEK, S.; DAVIS, M. et. al. *Cidades rebeldes*. Passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo, 2013.
- CALIL, Gilberto. “Decifra-me ou te devoro’: a grande mídia e as manifestações” in *Convergência*, junho de 2013 (<http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=1546>).
- DEMIER, Felipe. “Democracias Blindadas nos Dois Lados do Atlântico: Formas de Dominação Político-Social e Contrarreformas no Tardo-Capitalismo (Portugal e Brasil)” in *Libertas* v. 12 (nº 2). Juiz de Fora: EDUFJF, 2012.
- FONTES, Virgínia. *O Brasil e o capital-imperialismo*. Teoria e história. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010.
- IMAMOTO, Marilda V. *O serviço social na contemporaneidade*. 22ª edição. São Paulo: Cortez, 2012.
- LUKÁCS, G. *História e consciência de classe*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- MARX, K. *O 18 brumário de Luís Bonaparte [e Cartas a Kugelmann]*. Tradução de Leandro Konder e Renato Guimarães. 4ª edição. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1978.
- MATTOS, Romulo Costa. “Grande imprensa e repressão nas jornadas de junho” (partes 1 e 2) in *Convergência*, outubro de 2013 (<http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=1767> e <http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=1788>).
- NETTO, José Paulo. “Uma face contemporânea da barbárie”. Comunicação apresentada no III Encontro Internacional *Civilização ou barbárie*. Serpa, outubro/novembro de 2010.
- PESTANA, M. “Quem está nas ruas desde junho no Brasil?” (partes 1 e 2) in *Convergência*, outubro de 2013 (<http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=1794> e <http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=1794>).

11 <http://oglobo.globo.com/rio/decreto-que-cria-comissao-que-investiga-vandalismo-preve-quebra-de-sigilo-9150632>.

12 <http://noticias.terra.com.br/brasil/cidades/justica-decreta-prisao-preventiva-de-lideres-do-black-bloc-detidos-no-rj,ef5b07619d4f0410VgnV-CM500009ccceb0aRCRD.html>.

13 http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2013/08/23/interna_vidaurbana,458088/anonymous-denunciam-policia-por-sequestro-e-tortura-de-manifestantes-radicaais.shtml.

14 <http://congresso-em-foco.jusbrasil.com.br/politica/111948132/jornais-lei-mais-dura-leva-70-vandalos-para-presidios>.

3.2. Movimentos sociais, mobilizações de junho de 2013 e a saúde no Brasil

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Introdução

O trabalho pretende, de forma preliminar, analisar as mobilizações de junho de 2013 do ponto de vista da emergência de novos sujeitos políticos e métodos de luta. Entre outros objetivos, a análise serve de subsídio à construção e implementação de um processo permanente de acompanhamento e análise de demandas e movimentos contemporâneos no Brasil com pautas relativas à saúde e sua determinação social.

Toma como método o histórico-comparativo, no que os movimentos contemporâneos trazem de novo em face das características principais examinadas em conjunturas anteriores.

A perspectiva da totalidade se dá ao discutir os movimentos sociais como um exemplo de mobilizações gerais por condições satisfatórias de vida e contra a violência institucional, num determinado momento da luta de classes no Brasil e no mundo de crise de governos e de representações político-sindicais tradicionalmente identificadas com a Ordem. Toma-se como fontes revisões bibliográficas e jornalísticas além da vivência intensiva da autora em três importantes fóruns de articulação de lutas sociais: o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, parte integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, a Associação de Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ e a Frente Independente Popular do Rio de Janeiro/FIP-RJ.

Identificam-se dois períodos além do atual que se inicia a partir de junho de 2013, cujas características já vão se gestando na segunda metade da década de 2000. O foco do trabalho é o Rio de Janeiro, mas algumas alusões ao Brasil são também efetuadas.

1. Movimentos Sociais e Saúde: o debate dos anos 70-80

O tema dos movimentos sociais em saúde não é novo na área de Saúde Coletiva assim como nas Ciências Sociais enquanto um todo. No caso do Brasil, em diferentes conjunturas, ao menos desde os anos 70 e 80 do século XX, a

literatura acadêmica da área enfatiza determinados tipos de movimento, em termos de sua importância ou emergência no cenário das lutas pela saúde e pelas políticas públicas, de uma maneira geral. Entendem-se aqui como movimentos sociais, assim como Braz (2012), diversas lutas sociais engendradas no terreno histórico da luta de classes. Assim como o autor, se busca compreender como a luta de classes se apresenta em diversas conjunturas, sob diferentes formas, e como instituições tradicionais vão reagindo e engendrando formas distintas de organizações das classes sociais para lidar com desafios políticos e ideológicos.

Nesse período se destaca a temática dos chamados movimentos sociais urbanos. Assim, Ribeiro em 1989, levantava a importância desse tema na literatura sociológica mais geral, o que ainda contrastava com trabalhos ainda escassos na área de Saúde Pública. Atribuía esse destaque ao papel que a esfera da reprodução social ganha no conjunto das contradições e conflitos da sociedade capitalista ao lado de uma abordagem mais tradicional centrada apenas nos conflitos no campo da produção, na relação entre o capital e o trabalho. Havia muita heterogeneidade nesses movimentos: desde movimentos rurais, como os chamados “sem-terra” ou os movimentos de atingidos por barragens, passando por movimentos de mulheres, comunidade de base da Igreja Católica, movimentos negros até movimentos ecológicos. Ainda a autora atribui um grande papel a urbanização acelerada por que passa o Brasil e vários países da América Latina levando ao aumento crescente das exigências do consumo coletivo, decorrentes do próprio desenvolvimento capitalista, contrapostas à incapacidade do sistema para resolvê-las satisfatoriamente. E onde o estado aparece como alvo privilegiado pela sua necessária possibilidade de intervir nas condições de vida da população, estado esse, ao contrário dos países dominantes, atuava muito mais pela coerção do que pela legitimação advinda das políticas de bem-estar social. Os temas da igualdade, da cidadania, da participação passam a constituir uma agenda de intervenção desses movimentos em face de um estado de cunho autoritário.

A busca da democratização do estado capitalista, ampliando a força do trabalho na disputa pelo fundo público, de modo a contemplar interesses majoritários orienta a intervenção desses movimentos, ao se tratar da área de saúde. Democratização essa que teria como perspectiva o socialismo, vislumbrado como um processo pacífico de crescente ampliação de uma esfera pública democrática. Esta concepção hegemônica no período foi influenciada amplamente por um pensamento dito marxista que expele a tradição da ruptura radical, que pode ser visto em muitos partidos comunistas europeus e nas orientações da própria União Soviética após Khrushchov (1953) de convivência pacífica entre classes sociais e transição pacífica ao socialismo. Isso fica claro nos ápices da mobilização social dos anos 80, que se liga a redemocratização formal do país, como na constituição do chamado movimento sanitário e na conjuntura que cerca a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988. Stotz (1994) faz uma crítica pertinente referente à marginalidade da discussão sobre a forma do estado em formações sociais periféricas e a constituição (ou não) de uma esfera pública no Brasil, nesse sujeito coletivo reformador da saúde que logo em seguida se burocratiza, assumindo a gestão das políticas de estado da saúde. Acabando-se, no limite, a efetuar uma transposição de categorias e conceitos sem vigência histórica, ou seja, que foram pertinentes em nações imperialistas.

Claro está a presença crescente de movimentos mais centrados numa mudança cultural, das práticas dos indivíduos e das relações entre os mesmos, sem relações mais explícitas com os mecanismos de poder macroeconômicos e políticos existentes na sociedade. Isso caracteriza alguns movimentos feministas e ecológicos até os dias de hoje e que são também importantes na luta pela saúde.

2. Movimentos Sociais e Saúde: o debate dos 1990-2000

Os anos 90 e 2000 primam pela discussão do controle social sobre o estado onde os movimentos sociais entram como sujeitos políticos cada vez mais atuantes na interface do estado com a sociedade. Ainda Stotz (1994) contrasta uma excessiva ênfase no arcabouço institucional que inclui a constituição de conselhos e conferências de saúde com aquilo que chama de crise do chamado poder instituinte do Estado, quer dizer, das formas e processos de institucionalização da cidadania, lastreados em normas e leis. Segundo o autor, essas formas de organização popular na luta por direitos “reorganizados a partir da democratização política, ... não lograram ter, no Brasil após a ditadura militar, plena vigência. Foram, pelo contrário, ao longo dos anos 80 e início dos 90, esvaziados progressivamente em seu conteúdo” (Stotz, 1994, p 266). Ora, para Santos em 1993, ao contrário de aberturas de possibilidades da organização coletiva gerarem pressões sobre o estado, existia um estado de natureza em sentido hobbesiano, onde o conflito é generalizado não se tendo legitimadas instâncias superiores de arbitragem, ou seja, a crise do estado.

Não foi esse o entendimento majoritário de um conjunto

importante desse sujeito reformista coletivo que se mantém no protagonismo da luta pela saúde, agora cada vez mais enredado nos meandros da participação social institucionalizada. Do período anterior e na luta pela saúde se envolveram pastorais, movimentos populares pela saúde, e associações de moradores de bairros e favelas. Muitos desses movimentos que surgem no âmbito local crescem em número e constituem organizações federativas e confederativas de âmbito nacional. Há o retorno de um protagonismo sindical clássico, principalmente voltado às questões da segurança e saúde no trabalho. A maioria desses sujeitos passa a integrar o chamado controle social do Sistema único de Saúde que é regulamentado em 2000 pela Lei federal 8142. Com a abertura desses espaços de participação social institucionalizada se intensifica a formação de movimentos de portadores de patologia tais como hanseníase, aids e outros.

Inegavelmente os Conselhos de saúde se tornam um eixo privilegiado de reflexão acadêmica nesse período e as lutas autônomas saem ao menos da cena acadêmica (WENDHAUSEN E CAPONI, 2002; PRESOTTO E WESTHAL, 2005; COTTA, MARTINS E BATISTA, 2011). Três linhas de análise desses Conselhos se apresentam. Uma primeira é otimista e ressalta os aspectos formais legais de democratização das políticas de saúde com a representação paritária de usuários em conselhos deliberativos. A outra linha, derivada de estudos de corte mais empírico sobre a formação e funcionamento dos Conselhos, ressalta a presença de desvios variados de um tipo idealizado de estado democrático de direito, tais como a burocratização dos Conselhos, representações de usuários e sindicais com pouca vinculação com as bases, e decisões que não são respeitadas pelo gestor público.

Há um retorno, em muitos desses estudos, a um referencial analítico do estado contratual neutro, advindo do por fim, abandono do velho revisionismo do marxismo, agora mesmo este banido da academia pelo neoliberalismo, somado a já apontada aplicação de referências eurocêntricas de estado de bem-estar formalmente existente na Constituição de 1988. Com isso, se permite, no limite, uma concepção superficial e, mesmo, apologética da participação social no SUS:

“Os Conselhos de Saúde constituíram uma alternativa fundamental para a concretização da democracia participativa e o desenvolvimento de parcerias importantes no processo de gestão do SUS, já que se trata de um órgão colegiado, de caráter permanente e onde a participação da comunidade se dá paritariamente com representantes da gestão, prestadores de serviços e representantes institucionais. Assim, as Conferências e os Conselhos de Saúde se consolidaram como principais formas de a sociedade civil organizada participar das decisões das políticas públicas do setor saúde com o intuito não só de controlar (fiscalizar) o Estado, mas também democratizar as decisões em saúde, isto é, exercer de fato a participação cidadã, que também pode ser compreendida como controle social” (SILVA, SILVA E SOUZA, 2013, p. 258).

Entretanto, o aumento da chamada judicialização da saúde, ou seja, do aproveitamento de brechas constitucionais calcadas na garantia do direito individual a saúde através do

sistema judiciário faz crer que ao invés do coletivo dos Conselhos, parte significativa da pressão social sobre o estado se deu no âmbito das concepções liberais do estado.

Uma terceira linha, mais crítica, de referencial gramsciano, retoma análises dos conflitos sociais no campo da saúde e assinala o controle social não como espaços de consenso ou de controle a moda durkheimiana, da sociedade sobre os indivíduos. Mas como espaços de conflito onde possa ocorrer a “construção de resistências às tendências do uso do fundo público para o financiamento da reprodução do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho” (BRAVO E CORREIA, 2012, p. 126). Controle esse não limitado pelos espaços institucionais, de como construção de hegemonia das classes dominadas na disputa por outro projeto de sociedade. Há a necessidade de entender processos de cooptação existentes já identificados pelas autoras e outros trabalhos, alguns já citados, considerados como processos de busca de consentimento ativo das classes subalternos ao capital. Mas aqui já se identificam novos sujeitos políticos que surgem por fora do modelo convencional consolidado nas duas décadas anteriores que são os Fóruns Populares de Saúde e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, da necessidade imperiosa de resistir ao avanço da contrarreforma do estado na saúde, como em todas as políticas públicas que sofrem intensa mercantilização. Nesses Fóruns participam, ainda, entidades tradicionais, principalmente alguns sindicatos e conselhos de profissionais de saúde afetados pela reforma do estado, mas também executivas de estudantes da saúde, sem vinculação direta com a União Nacional dos Estudantes/UNE, e partidos políticos de oposição ao governo.

Se Bravo e Correia (2012) destacam a unidade de contrários existentes nestes mecanismos de deliberação das políticas públicas, onde coexistem elementos de coerção e de possibilidades de imposição de vontades majoritárias na dependência da luta de classes, há que entender o polo dominante da contradição. Ou seja, como o tipo de capitalismo que aqui se instala, subordinado ao imperialismo, em que a super-exploração é um elemento constante, consegue lidar com o controle de grandes massas pertencentes a diferentes classes e frações de classes sociais dominadas.

Um elemento chave para entender o controle é o conceito de corporativização. No Brasil, tal leitura foi apresentada por autores de corte weberiano como Labra e Figueiredo (2002). De acordo com estes autores (p. 538):

“A idéia de uma sociedade organizada em “corpos orgânicos”, funcionais ao Estado, foi preocupação não só de pensadores como Hegel e Durkheim, mas também da Igreja Católica que, desde a Encíclica *Rerum Novarum*, passou a prescrever a incorporação dos “corpos intermediários” da sociedade às instâncias de governo, como uma forma de controlar o conflito social. Sob essa inspiração, o fascismo, surgido após a Primeira Guerra Mundial, implantou o corporativismo estatal, vigente em países como Itália, Espanha e Portugal, bem como no Brasil durante o período ditatorial chamado Estado Novo (1937-1945). Por outra parte, na Europa central, a longa tradição das guildas e corporações de ofício levou no século 20 à formação de arranjos institucionais de decisão

integrados por representantes das organizações do capital, do trabalho e do governo, instaurando-se um formato de formulação de políticas que Schmitter (1974) denominou “neocorporativo”. Com esse autor, surgiu uma nova corrente de teorizações nas ciências políticas e sociais que, em oposição à tradição pluralista norte-americana, colocou em pauta o tema da governabilidade positiva que resultaria da incorporação dos interesses organizados em associações formalmente reconhecidas pelo Estado às esferas de decisão de políticas públicas, que, dessa forma, seriam o produto de negociações e consensos entre os atores”.

Embora a literatura acadêmica, sobretudo dos países dominantes ressaltem esse tipo de articulação estado-sociedade como avanço dos métodos tradicionais das democracias parlamentares, os autores reconhecem a formalidade desse entendimento no Brasil, sociedade atravessada por aspectos de dominação oligárquica herdados do passado colonial onde a realidade do controle sobre os cidadãos se impõe.

Uma leitura marxista do tema, mais afeita aos marcos teórico-conceituais por mim empregados, entende corporativização nos marcos de crescente fascistização das democracias em face do avanço da luta de classes, sob condições de subordinação nacional. Entendendo o fascismo como negação dos princípios democrático-burgueses basilares, a negação na prática cotidiana do estado, das liberdades e direitos constitucionalmente estabelecidos. Por corporativismo como elemento chave do fascismo, entendemos um estado forte e centralizado com base em corporações, isto é, organizar corporativamente a todos os elementos que compõem a sociedade, como operários, camponeses, comerciantes, estudantes, etc. , envolvendo controle econômico e político-eleitoral.

3. Movimentos Sociais e Saúde na Contemporaneidade.

As intensas mobilizações populares que se iniciam em junho de 2013 tornam visível outras formas de protesto e movimentos sociais que lutam pela saúde e seus determinantes sociais. Que características eles apresentam que possamos ou não avaliar que um novo período se abre na relação entre estado e sociedade no Brasil? Vale notar que ainda no período dos anos 90, mas especialmente nos 2010, lutas sociais e organizações são constituídas por fora e na crítica das entidades tradicionais como os sindicatos, mas também àquelas que surgem nos períodos anteriores, consideradas excessivamente atadas ao estado, com a resultante perda da autonomia e independência. Como exemplo, as lutas dos trabalhadores das grandes obras do Plano de Aceleração do Crescimento/PAC, caracterizadas por greves e rebeliões, como ocorreu em Jirau, Santo Antônio e Belo Monte foram organizadas por fora e a revelia das direções sindicais. No campo, organizações que saem do Movimento dos Sem Terra/MST por discordar da política de acampamentos negociados com o governo com longas esperas em beiras de estrada e passam a defender e

aplicar a ocupação com divisão autônoma da terra e produção. Surgem ainda movimentos de luta contra os efeitos de grandes empresas sobre a saúde e o meio-ambiente como nos casos da Siderúrgica do Atlântico e o polo petroquímico de Itaboraí, ambas no estado do Rio de Janeiro. O próprio movimento pelo passe livre desenvolve rebeliões urbanas anteriormente, como foram os casos de Salvador (2003) e Florianópolis (2004) (ZIBECHI, 2013). Características dessas lutas e movimentos são a autonomia em relação ao estado e seus aparelhos políticos, o questionamento a democracia formal que inclui o direito a resistência e a rebelião diante das injustiças. O próprio Movimento Passe Livre, protagonista das manifestações de junho, principalmente em São Paulo, já vinha se organizando desde 2005 (ROMÃO, 2013).

O ano de 2013 representou uma grande reviravolta no país, com imensas mobilizações de ruas, como se viram em anos anteriores na Grécia, Turquia e Egito, para citar alguns exemplos. Surgem novos movimentos como os de ocupações de espaços e edifícios públicos e em defesa de causas, todos não institucionalizados (GOHN, 2011). Não são fenômenos locais, tendo precedentes importantes nos Estados Unidos e Europa como os movimentos contra o G8 e a Organização Mundial do Comércio, os movimentos de ocupação urbana na Alemanha e o Occupy Wall Street. Therborn (2014) avalia que uma nova onde contestatória ocorre na década de 2010 com potencial para assumir uma feição anticapitalista. Essa nova onde não seria formada principalmente pelos trabalhadores formais organizados em sindicatos, embora também possa contar com eles. Mas por populações nativas e camponesas atingidas em seus modos de vida tradicional por grandes negócios, fontes de insurgências, por exemplo, na Índia (insurgência dirigida pelo Partido Comunista maoísta, conhecido como naxalitas) e Chiapas, México (insurgência dirigida pelo Exército Zapatista de Libertação Nacional). Ainda por populações urbanas sem vínculos de trabalho, que vivem em favelas nos países dominados e pela pequena burguesia cada vez mais afetada pelo capital financeiro, especialmente nos seus aspectos especulativos, e culturalmente vai se colocando contra as suas consequências predatórias sobre o meio-ambiente.

Têm, ainda, sido atribuídas às novas tecnologias de informação um papel na articulação e mobilização das manifestações no Brasil e outros contextos embora seja polêmico seu papel de organização do movimento contestatório (SERRA JR E ROCHA, 2013).

Apesar da contemporaneidade do fenômeno, é possível encontrar algumas análises. Romão (2013) em São Paulo aponta quatro fatores: i) a existência de um movimento organizado que impulsionou as primeiras manifestações com uma demanda objetiva – o Movimento Passe Livre (MPL), ou seja, fora das organizações classistas tradicionais, como os sindicatos e movimentos urbanos da conjuntura de 1970-1980, como as associações de moradores; ii) a repressão policial; iii) a concomitância de um evento esportivo de âmbito mundial, a Copa do Mundo de 2014, e iv) o contexto de descontentamento generalizado com o sistema político.

Antunes (2013) inclui uma série de elementos na explicação da insatisfação: um esgotamento por parte da população, como fenômeno que ocorre em vários países, de uma institu-

cionalidade degradada, onde o parlamento se torna uma instituição rejeitada e o aparato espetaculoso das obras da Copa do Mundo em contraste com a degradação dos serviços públicos.

Uma literatura jornalística levanta também várias questões. Arruda em A Nova Democracia, jornal democrático que tem ganhado simpatizantes pela cobertura jornalística favorável as manifestações (107.000 curtidas em 26/02/2013) não vê, no longo prazo uma clivagem entre diferentes movimentos, institucionalizados e não institucionalizados. Em muitos casos, eles surgem como forma de ganhar expressão na luta de classes e ossatura para a disputa das organizações de representação de classe tradicionais, como os sindicatos e entidades estudantis. Por outro lado, massas em luta criam organizações de outro tipo onde a institucionalidade pode atuar como camisa de força para formas radicalizadas de luta.

Novas organizações surgem assim como Frentes de luta como foi o caso no Rio de Janeiro da Frente Independente Popular/FIP, criada em agosto de 2013 para articular movimentos e ativistas que percebiam a necessidade de uma unidade de ação que não incluísse a perspectiva de mudança eleitoral para atuar nas manifestações e estimular as lutas.

Como fica a pauta da saúde nessa nova conjuntura? Nas grandes manifestações de 2013 a questão da precariedade do sistema de saúde frequentemente se apresentava em grande estilo. Em junho houve no Rio de Janeiro a famosa passeata do milhão, mobilizada em resposta a repressão policial que vinha ocorrendo em manifestações anteriores contra o aumento do preço das passagens dos ônibus. Nessa passeata, violentamente reprimida pela polícia com bombas de gás lacrimogênio e de efeito moral e *spray* de pimenta, além de balas de borracha, chamou a atenção uma enorme quantidade de cartazes em que a população escrevia suas reivindicações. O tema da saúde, sob variadas formas, inclusive a “Padrão FIFA”, foi frequente nesses cartazes. Tal disposição fluida e dispersa das massas ainda não se desdobrou em movimentos distintos e mobilizações próprias. Entretanto, uma das consequências das mobilizações é que o enfrentamento da repressão se torna uma característica marcante que as aproxima das mobilizações de 1968 e tem sido o efeito demonstração em sua multiplicação em inúmeros espaços suburbanos e periféricos. Assim tem sido as mobilizações contra a violência policial, a falta de luz, a péssima qualidade dos transportes que tem derivado em ações diretas de enfrentamento da repressão policial e de revolta contra empresas do estado. Na saúde, isso também ocorre na revolta de mães contra mortes de recém-natos em uma maternidade pública, seguida de um “quebra-quebra”, movimento esse que tem utilizado a Internet através de uma página específica do tipo grupo fechado no Facebook para apoio à organização de uma ação jurídica contra o estado.

Houve uma reanimação de movimentos anteriores, como o Movimento em defesa do Hospital do IASERJ, derrubado um ano antes pelo Governo Cabral que se torna um ícone do descalço desse governo com a saúde da população e seu compromisso com os planos privados de saúde, em seguida contratados para representar para esses funcionários, o anterior papel desse instituto. Nunca antes de viu a utilização maciça de aparelho policial para retirar pacientes de madrugada de um hospital, para que este fosse demolido. O movimento junto com a Frente Independente Popular e o Fórum de Saúde, além das entidades de funcionários do IASERJ promove um combativo ato em

frente ao local da demolição, mostrando estar em sintonia com essa nova disposição combativa das massas.

O movimento Ocupa Câmara no Rio, surgiu em função do combate ao oligopólio dos transportes de ônibus na cidade. Promoveu a ocupação da Câmara Municipal que promovia uma Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o tema com a presença exclusiva de representantes das empresas concessionárias. Por mais de um mês acampou na praça em frente do prédio até ser extinta violentamente pela polícia e muitos de seus membros presos por ocasião de manifestação de professores. Ele promoveu no final do ano passado uma série de debates para animar os ativistas lá acampados. Houve uma palestra sobre a mercantilização da saúde no meio da praça pública que juntou uma boa quantidade de gente, inclusive passantes, tendo ajudado a democratizar a discussão do desmonte da rede pública.

Que características emergentes podem ser identificadas nesses movimentos sociais contemporâneos? Uma primeira foi a crise de representatividade dos movimentos tradicionais como as centrais sindicais e partidos políticos identificados como atrelados ao Estado. Uma segunda foi a grande participação de uma juventude de idade ainda muito nova, oriunda da pequena burguesia e também do proletariado e sub-proletariado urbano. No Rio de Janeiro, especialmente, a juventude mais pobre teve uma participação relativa maior nas ruas do que em outras capitais (SINGER, 2014). Ela cresceu sem passar pela ilusão de ter o Partido dos Trabalhadores como receptáculo do sentimento de descontentamento e ânsia de mudança, o que é típico da juventude. Não se sente representada pelas entidades estudantis tradicionais, e adquiriu com pouco respeito aos símbolos de poder econômico e político, como bancos, equipamentos urbanos públicos como sinais de trânsito e pontos de ônibus, e dispositivos de monitoramento dos cidadãos como câmeras, todos esses símbolos danificados nas manifestações, especialmente nessa que foi a maior de todas. Alguns carros da polícia e ônibus são queimados. Uma terceira foi a disposição de não aceitar de forma resignada a violência policial, maciçamente utilizada desde o início deste período e que não arrefeceu a participação de grande número de pessoas, ao contrário, parece tê-la estimulado: estratégias de autodefesa como máscaras de gás, escudos, capacetes começaram a ser intensamente utilizadas. Os oligopólios de comunicação passam a ser fortemente rejeitados pela postura manipuladora da informação. Por final, pode ser notada, de forma não homogênea e num segmento mais organizado, a rejeição aos preceitos da sociedade capitalista e a perspectiva de ruptura desse estado.

Surge ainda, desde o início, um movimento de autoajuda de socorro de saúde para as manifestações, composto também de jovens, muitos deles estudantes, que acompanhavam e davam apoio a feridos. Representou, muitas vezes, a única fonte de atendimento já que em inúmeros casos a polícia não respeitava tréguas para atendimento médico necessário nem o estado disponibilizava ambulâncias próximas aos locais das manifestações, o que ocorre normalmente em circunstâncias que envolvem grande quantidade de pessoas. Houve situações onde os próprios manifestantes e os grupos de socorristas é que atendiam a população atingida por gases lançados pela polícia. Na manifestação do dia 7 de setembro uma senhora idosa foi

carregada ao Hospital Souza Aguiar por um manifestante vestido de preto, cor que viria a ser em seguida estigmatizado pelos grupos econômicos de comunicação.

De uma forma heterogênea algumas entidades tradicionais assumiram papéis nesse processo. A Ordem dos Advogados do Rio de Janeiro, através da Comissão de Direitos Humanos, foi bastante presente acompanhando as manifestações para constatar abusos policiais, e dando apoio a ativistas presos e levados para Delegacias policiais. Por outro lado, o Conselho Regional de Medicina foi bastante omissivo na denúncia das agressões em massa a integridade física da população e na avaliação sobre os efeitos deletérios das chamadas armas de baixa letalidade como balas de borracha e gases. Na verdade, em todo o Brasil, pessoas morreram ou ficaram com sequelas permanentes como consequência direta e indireta dessas armas: jovens caíram de viadutos em Belo Horizonte, jornalistas e pessoas em geral ficaram cegas de um olho por balas de borracha, uma gari sofreu parada cardiorrespiratória após inalar gases, um camelô no Rio de Janeiro, morreu atropelado fugindo do confronto. E um cinegrafista também morreu no Rio de Janeiro, atingido acidentalmente por um rojão, que foi uma forma de autodefesa utilizada em resposta à violenta repressão policial sobre manifestantes e pessoas em geral que se encontravam no local.

Como interpretar esse novo momento com os desafios do crescimento de um movimento social, combativo, destrelado do estado e dos seus aparelhos oficiais, inclusive partidos políticos, sindicatos e entidades estudantis tradicionais como a União Nacional dos Estudantes?

Certa distância histórica pode ser necessária para o entendimento de um quadro mais integral. Entretanto certas hipóteses são pertinentes.

A crise econômica mundial e reflexos sobre economias dominadas e frágeis, aliada a incapacidade de coalizões de governo seja no campo do liberalismo ou da social-democracia



solucioná-las coloca em pauta o enfrentamento do imperialismo e suas bases de sustentação nesses países. Grande parte dos sindicatos, partidos e movimentos populares e operários tradicionais não dão conta de dirigir a insatisfação por permanecerem numa perspectiva reformista hegemônica, ao menos, após a II Guerra Mundial. Isso tem sido o substrato de grandes protestos organizados por fora da Ordem: Turquia, Egito, Grécia, que tem efeito catalizador sobre os movimentos de massa dos demais países.

No Brasil, em especial, a desordem reflete perda progressiva de capacidade de Partidos com programa **oficialmente** democrático-popular e socialista (PT e PC do B) de congregarem política macroeconômica liberal e certas melhorias para frações da classe operária e subproletariado urbano e rural empobrecido através da corporativização das massas, que inclui a domesticação e cooptação de muitas organizações antes contestadoras da Ordem.

Especificamente, na luta pela implantação do direito universal à saúde, os sindicatos de categorias mais fortes economicamente centram sua atividade na conquista de benefícios privados como planos de saúde e de previdência privada. Sua defesa dos direitos constitucionais fica cada vez mais formal. Segundo Boito Jr (2003) uma das principais vertentes do sindicalismo de grandes indústrias, o do ABC paulista, desde a década de 70 apresenta uma concepção economicista e corporativa da ação sindical que tem impedido seu protagonismo na defesa de políticas públicas universais. Em recentes destruições de unidades públicas de saúde, como a do IASEJ em 2012, não se viu a participação dessas entidades, apenas de sindicatos de funcionários públicos do setor saúde, diretamente afetados.

Um novo movimento de massas classista, combativo e revolucionário está em gestação? Elementos de conjuntura confirmam a sua continuidade e ampliação: falta de solução para a crise econômica e os problemas concretos das massas em face da inconformidade com o governo. Aqueles que estudam as interfaces saúde e sociedade devem se debruçar sobre isso, pois nesses movimentos, seja na sua real novidade, seja na contestação ao engessamento das formas anteriores pode se encontrar a chave para a solução do dilema que nos encontramos desde 1988: um sistema de saúde democrático nas leis e profundamente antidemocrático na prática.

Referencias Bibliográficas

- ANTUNES,R As Rebeliões de junho de 2013. *Observatório Social de América Latina* 14 (34), nov. de 2013, pp 37-50.
- ARRUDA,F A bancarrota do corporativismo petista. *Ano XII, nº 125*, 1ª quinzena de Fevereiro de 2014
- BOITO Jr. A A hegemonia liberal no Governo Lula. *Crítica Marxista* São Paulo, p. 1-25, 2003.
- BRAVO, M.I.S; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012, pp. 126-150.
- BRAZ, M. Mudanças no perfil da luta de classes e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das Ciências Sociais. In: BRAVO, M.I.S. e MENEZES, J.S.B. (Org.) *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez Editora, 2012, pp. 111-145.
- COTTA RMM, MARTINS PC, BATISTA RS. O Controle Social em Cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*. 2011;21(3):1121-37.
- GOHN, MG Movimentos sociais na contemporaneidade. *Rev. Bras. Educ. [online]*. 2011, vol.16, n.47, pp. 333-361.
- LABRA,ME e FIGUEIREDO, JSA Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*,7(3):537-547,2002
- PRESOTO LH, WESTHAL MF. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga – SP. *Saúde e Sociedade*. 2005;14(1):68-77.
- RIBEIRO,L Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.5 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 1989, pp. 264-275.
- ROMÃO,WM As Manifestações de Junho e os desafios à Participação institucional. *Boletim de Análise Político-Institucional* n. 4. Brasília: IPEA, 2013, pp 11-18.
- SANTOS, W. G. Mitologias institucionais brasileiras: do leviatã paralisado ao estado de natureza. *Estudos Avançados*, 17, 1993, pp. 101-116.
- SERRA JUNIOR, GC; ROCHA, LMLN. A Internet e os novos processos de articulação dos movimentos sociais. *Rev. katálysis [online]*. 2013, vol.16, n.2, pp. 205-213.
- SILVA, CV; SILVA, DFL; SOUZA, EM. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. *Rev. bras. educ. med. [online]*. 2013, vol.37, n.2, pp. 254-259.
- SINGER,A Rebellions in Brazil. Social and Political Complexion of the June Events. *New Left Review* 85, January-February 2014 Disponível em: <http://newleftreview.org/II/85/andre-singer-rebellion-in-brazil>; acesso em: 21 de março de 2014
- STOTZ, E.N. Movimentos Sociais e Saúde: Notas para uma Discussão. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (2): 264-268, abr/jun, 1994, pp. 264-268.
- THERBORN, G. New masses? Social Bases of Resistance. *New Left Review* 85, January-February 2014 Disponível em: <http://newleftreview.org/II/85/goran-therborn-new-masses>; acesso em: 20 de março de 2014
- WENDHAUSEN A, CAPONI S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2002;18(6):1621-8.
- ZIBECHI,R Debajo y detrás de las grandes movilizaciones. *Observatorio Social de America Latina* 14 (34), nov. de 2013, pp 15-36.

3.3. As lutas pela saúde e os desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na atualidade

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes

Apresentação

Este artigo visa oferecer subsídios para o fortalecimento da participação popular na saúde através de novos mecanismos de controle democrático não institucionalizados, que estão sendo criados a partir de meados dos anos 2000. Objetiva-se destacar o papel da sociedade civil¹ na defesa da Saúde, enfatizando a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde como nova forma de resistência na saúde e novo espaço de participação popular, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980.

O texto vai abordar algumas categorias fundamentais para a análise como a democracia e a participação social. Dando seguimento, vai ser enfatizado o movimento sanitário que congregou trabalhadores da saúde e movimentos sociais. Nos anos 1990, com a Política de Ajuste, diversas entidades substituíram suas lutas coletivas por lutas corporativas. Nos anos 2000, identifica-se o ressurgimento de diversos movimentos sociais. A mercantilização das políticas sociais faz com que surjam novos mecanismos de luta como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. No final, apresentam-se algumas reflexões sobre os desafios atuais.

1. Categorias fundamentais para a análise: democracia e participação social

As categorias de democracia e participação social vão ser apresentadas de forma sintética com ênfase na perspectiva marxista.

¹ A concepção adotada de sociedade civil é na perspectiva gramsciana, sendo considerada como o espaço onde se organizam os interesses em confronto, sendo o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e contradições. É na sociedade civil que se encontram os “aparelhos privados de hegemonia” que são os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política. A sociedade civil gramsciana nada tem a ver com o que hoje se chama de “terceiro setor”, pretensamente situado para além do Estado e do mercado. Esta nova concepção de sociedade civil que tem sido muito difundida é restrita, despolitizada e tem equívocos teóricos.

A concepção de democracia para os autores marxistas contemporâneos² é mais ampla que a democracia liberal, pois admite as conquistas liberais, – como a democracia política e social –, mas incorpora a democracia econômica, ou seja, a democratização da riqueza socialmente produzida.

Coutinho (2000), um dos autores importantes no debate do tema, ressalta a importância de ampliar a democracia.

“Para tanto, devemos imaginar formas institucionais que combinem a democracia representativa tradicional com a democracia participativa, de base, mas que incorporem também os chamados direitos sociais, que são direitos indiscutíveis da cidadania moderna: o direito à previdência, à educação, à saúde e, no limite, o direito social à propriedade, o que implica a socialização dos meios de produção” (COUTINHO, 2000, p. 130).

Para o referido autor, entretanto, a verdadeira democracia só será conquistada no socialismo.

Wood (2003) destaca que o capitalismo é, na sua essência, incompatível com a democracia.

“Não existe um capitalismo governado pelo poder popular, não há capitalismo em que a vontade do povo tenha precedência sobre os imperativos do lucro e da acumulação, não há capitalismo em que as exigências de maximização do lucro não definam as condições básicas da vida” (WOOD, 2003, p. 8).

Vianna (2009), ao mapear a produção acadêmica recente no Brasil sobre o tema da participação em saúde, sinaliza que maior parte dos estudos analisados compreende a participação social como componente essencial para a preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil, relacionando diretamente à concepção da parti-

² Entre os autores marxistas contemporâneos destacam-se: Gramsci, Lukács, Pietro Ingrao, Togliatti, Poulantzas, Alan Wolfe. Entre os autores brasileiros: José Paulo Netto e Carlos Nelson Coutinho. Cabe ressaltar que essa discussão de democracia é mais enfatizada entre os autores gramscianos.

cipação como parte do processo de democratização do Estado.

A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, através da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço.

Correia (2004) ressalta como desafio atual o controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado, para que se resista à redução dos gastos sociais, à privatização e mercantilização das políticas sociais.

As questões colocadas para os conselhos em relação à participação e às dificuldades de funcionamento desses espaços na prática têm apontado para análises que colocam em discussão a contraposição entre a luta institucional *versus* ação mobilizatória.

Para Tatagiba (2002), apesar da riqueza deste debate, esta polarização traz como consequência a secundarização das estratégias de luta, quando o desafio atual é justamente fortalecê-las e articulá-las na direção de um projeto político mais amplo de democratização da relação Estado-Sociedade. Sendo assim, ações de natureza mobilizatória e de natureza institucional não são excludentes e sim complementares. Este artigo pretende enfatizar esta articulação.

2. Os movimentos sociais e as lutas na saúde

No final dos anos 1970, com o processo de abertura política e, posteriormente, com a redemocratização do país, ocorreu na saúde um movimento significativo que contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para um amplo debate. A saúde passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia. Os sujeitos políticos que entraram em cena, num movimento postulando a democratização da saúde, em um período de luta contra a ditadura, foram: os estudantes; os professores universitários; os trabalhadores da saúde, defendendo questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 1996).

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde. Esta Conferência, sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas - sendo mil delegados -, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saú-

de” e “Financiamento Setorial”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento de sedimentação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final.

Toda esta movimentação foi articulada pelo Movimento Sanitário que elaborou a proposta da Reforma Sanitária brasileira que tem como característica central a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado (Oliveira & Teixeira, 1986) – implantando no período da ditadura do grande capital (1964 a 1974) – bem como, a politização da saúde com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária³.

Nos anos 1990, assistiu-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal e é gestada pelo capital a “cultura política da crise” (MOTA, 1995). Essa estratégia busca adesão dos trabalhadores para viabilizar a “contrarreforma” do Estado⁴ e o desmonte dos mecanismos de proteção social, fragilizando a luta dos movimentos sociais por direitos.

O movimento sanitário, sujeito político fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária na década de 1980, ficou recuado a partir dos anos 1990. A inovação que ocorre nesta década é a criação dos conselhos de saúde que foram concebidos como mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos.

Estes conselhos, entretanto, por terem sido implementados nos anos 1990, sofreram o impacto da desmobilização da sociedade. A despolitização da política cria obstáculos concretos aos projetos sociais contestadores das relações capitalistas de produção e limita as possibilidades de mudanças aos marcos de um reformismo político (NEVES, 2008). A repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais populares (FONTES, 2006) e da valorização da participação popular colaboracionista (NEVES, 2008).

Com a ofensiva do neoliberalismo vivemos num contexto, segundo Netto, de “redução da vitalidade dos movimentos das classes e camadas subalternas, que se expressa na perda de ponderação de movimentos sociais capazes de colocar em pauta algo mais que reivindicações pontuais e particularistas” (2004, p.21).

Nesta conjuntura, de fragilização das lutas sociais, constatou-se que as entidades da sociedade civil não conseguiram uma defesa da Seguridade Social e da Saúde em particular, com destaque para os movimentos sociais, sindical, partidos políticos e movimento sanitário (BRAVO, 2006).

Os Sindicatos, desde a década de 1980, têm privilegiado a empresa como interlocutora na defesa dos Planos de Saúde para os seus associados.

O movimento popular também se encontra em refluxo, com dificuldade de mobilização e organização de uma agenda que contemple as Políticas Sociais. Suas lutas têm se concentrado nas reivindicações locais por políticas setorializadas.

Os partidos de esquerda foram fundamentais na Constitui-

3 Conceito utilizado por Giovanni Berlinguer (1987) que amplia o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.

4 Utiliza-se o termo “contrarreforma”, pois as mesmas vão na direção de supressão de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas. Para maior aprofundamento, vide Behring (2003).

ção de 1988 e, a partir da década de 1990, não conseguiram formular uma agenda em defesa das políticas públicas e da saúde. Este fato permanece nos dias atuais, pois, ao assumir o poder, o Partido dos Trabalhadores (PT) tem se comportando somente enquanto governo, não conseguindo mobilizar a sociedade para ampliação dos direitos sociais (BRAVO & MENEZES, 2011a).

O movimento sanitário, constituído de intelectuais da saúde e de alguns históricos que participaram de sua construção na década de 1980, não tem se articulado com os demais movimentos sociais, como ocorreu na sua origem. Identifica-se um pluralismo teórico, com a preocupação de utilizar abordagens não marxistas, o que tem influenciado nas suas posições políticas⁵ (BRAVO & MENEZES, 2011a).

A partir dos anos 2000, ressaltam-se algumas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, onde é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada apenas pelo refluxo. Aponta-se que “há movimentos, organizações e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo” (DURIGUETTO, 2008, p. 62).

Nesta direção, destaca-se como exemplo no campo sindical, os setores que romperam com a CUT (Central Única dos Trabalhadores) e que fundaram a CSP- Conlutas (Central Sindical e Popular) e a Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora)⁶.

No campo dos movimentos sociais, Duriguetto (2008) enfatiza a presença de movimentos que vêm ativando a luta de classes nos marcos das contemporâneas condições de dominação e exploração, tais como os movimentos que compõem a Via Campesina - o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB) - e o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST). Com relação às organizações partidárias, ainda com limitações de impulsionar lutas de classe, tem-se o PSOL (Partido do Socialismo e da Liberdade), o PSTU (Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado), o PCB (Partido Comunista Brasileiro)⁷ e a Consulta Popular⁸.

É importante destacar que desde os primeiros meses do governo Dilma ficou visível a insatisfação de diversos grupos sociais ligados aos setores subalternos. Várias manifestações ocorreram pelo país, cabendo destacar (COSTA, 2011):

- A dos estudantes e trabalhadores em protesto contra a elevação da passagem dos ônibus em várias cidades do Brasil;

- Fóruns Populares em todo país debatem a situação da saúde e da educação pública, organizando mobilizações contra o processo de privatização;
- Trabalhadores da construção civil reagem às condições de super exploração impostas pelas empreiteiras – empresas multinacionais – como a Odebrecht, Camargo Correa, Queiroz Galvão, Mendes Junior e outras – nas obras do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) que é um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital.

Em 2012, ocorre a greve nacional dos professores universitários, com adesão de mais de cinquenta universidades e instituições de ensino. Uma bandeira da luta deste movimento foi contra a privatização dos hospitais universitários, ou seja, contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O ano de 2013, mais especificamente o seu mês de junho, foi marcado pelas manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da população brasileira com as suas condições de vida⁹.

Segundo Iasi (2013)

“As manifestações se iniciaram por protestos contra o aumento das passagens e se desdobraram para uma multifacetada pauta que tem por centro a demanda por educação, saúde, contra os gastos com a Copa e seus efeitos perversos, como as remoções, e contra uma forma de política que mostra seus limites com representantes que não representam, eleitos por muitos e defendendo os interesses de poucos”.

Ressalta-se que estes atos continuam atualmente questionando os gastos públicos com a Copa do Mundo, a não garantia de direitos sociais, a violência policial e a repressão com relação às manifestações. Cabe destacar também as atividades, eventos e passeatas realizadas no mês de abril de 2014 contra os 50 anos do golpe militar empresarial de 1964.

No campo da saúde destacam-se como movimentos contra-hegemônicos: a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde (BRAVO & MENEZES, 2011b) que serão abordados no item a seguir.

3. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde: desafios na atualidade

Em meados dos anos 2000, foram criados e/ou estimulados outros mecanismos de participação para fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho. Ressalta-se como significativo os *Fóruns de Saúde* existentes em diversos estados brasileiros e a *Frente Nacional contra a Privatização da Saúde* (Bravo & Menezes, 2011b), criada em 2010¹⁰. A mesma retoma como fonte unificadora

5 O movimento sanitário no seu início tinha como principal referência o pensamento gramsciano. Atualmente, percebe-se uma flexibilização de suas proposições, pautada nas possibilidades de ação face ao atual contexto brasileiro de financeirização do capital. A luta em defesa de outro projeto societário, tendo como horizonte a transição para o socialismo, aparece, na atualidade, de forma muito tênue (BRAVO & MENEZES, 2011a).

6 Um panorama da discussão sobre as Centrais Sindicais e a luta por saúde na atualidade pode ser encontrado em Bravo et al. (2011).

7 Uma análise dos partidos na realidade brasileira de hoje ver Mattos (2009).

8 A Consulta Popular a partir de 2007 foi caracterizada como movimento social, tornando-se partido político sem, contudo, institucionalizar-se. A tática política, portanto, não é a via eleitoral. A Consulta centra sua atuação política na articulação de lutas unitárias com os movimentos sociais e sindicais das classes subalternas (DURIGUETTO, 2008).

9 Não é objetivo deste artigo aprofundar essa questão, mas apenas pontuá-la.

10 Inicialmente, foi denominada de “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98”, como resultado de uma articulação dos Fóruns de

de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde. Tanto quanto este Movimento, a Frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro e tem como tática a formação de uma frente de esquerda anticapitalista.

A Frente Nacional atualmente é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários¹¹. Tem por objetivo defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

Essa frente já realizou diversas atividades, como audiências com os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF)¹² e

Saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina em torno da procedência da referida Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contrária à Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OSs), que tramitava no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento, desde 1998. A priorização desta luta pela Frente foi devido à possibilidade da votação desta ADI, no STF, acontecer em 2010, conforme veiculado na imprensa. A decisão de sua inconstitucionalidade pelo STF, poria fim às Organizações Sociais nos Estados e Municípios em que elas já estão implantadas, barrando sua expansão. Seria um precedente importante para desmontar o processo de privatização dos serviços públicos no Brasil. Desta forma, foi criado um abaixo-assinado on-line pela procedência da ADI 1.923/98, atualmente com mais de 9.000 signatários, e uma Carta aos Ministros do STF com mais de 400 assinaturas de entidades. Foi elaborado um documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, o qual demonstra com fatos ocorridos nos Estados e Municípios brasileiros que já implantaram as OSs como modelo de gestão de serviços públicos, os prejuízos trazidos por essas à sociedade, aos trabalhadores e ao erário público, confirmando que não existem argumentos capazes de sustentar a defesa jurídica ou econômica das mesmas. Esses documentos estão disponíveis em www.contraprivatizacao.com.br.

11 Compõem a Frente os seguintes movimentos sociais e entidades: ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social); AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde); ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior); ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ); CMP (Central de Movimentos Populares); CFESS (Conselho Federal de Serviço Social); CSP-CONLUTAS (Central Sindical e Popular); Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social; FASUBRA (Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras); FENASPS (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social); FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde); Fórum Nacional de Residentes; Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos; Frente Independente Popular (FIP); Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora); MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra); MTST (Movimentos dos Trabalhadores Sem Teto); Seminário Livre pela Saúde; os Fóruns Estaduais de Saúde (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul, Paraíba, Goiás, Maranhão, Santa Catarina, Pará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Bahia, Espírito Santo e Sergipe) e os Fóruns Regionais e Municipais (Londrina- PR, Duque de Caxias- RJ, Campos- RJ, Rio das Ostras- RJ, Niterói- RJ, Região Serrana- RJ, Santos- SP, Campinas- SP, Marília- SP, Sorocaba- SP, Barretos- SP, Mossoró- RN, Campina Grande- PB, Recife- PE, Palmeira dos Índios- AL e Joinville- SC); os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU), alguns militantes da Consulta Popular, PT, PDT e PC do B e projetos universitários.

12 A primeira foi com o Ministro relator da ADI 1923/98, Ayres Britto, em 22/10/2010, e a última foi com o Ministro presidente do STF, Cezar Peluso (em 01/12/2010). Também foram realizadas audiências com o Ministro Ricardo Lewandowski (em 16/11/2010), com o chefe do gabinete do Ministro Marco Aurélio (em 16/11/2010), e com o magistrado instrutor do gabinete do Ministro Gilmar Mendes (em 26/11/2010). Além dessas audiências, foram visitados os gabinetes de todos os ministros e entregue a seguinte documentação: Abaixo Assinado pela

1º Seminário Nacional, em novembro de 2010, no Rio de Janeiro, que congregou 400 participantes de todo o país e criou a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Além disso, acompanhou a votação da ADI n. 1.923/98, no plenário do STF, em 31 de março de 2011 e tem realizado a partir de 2011, Ato Estaduais de comemoração ao Dia Mundial da Saúde (07 de abril), bem como diversas manifestações estaduais contra a privatização da saúde. Já foram realizados mais três Seminários Nacionais: o 2º ocorreu, em São Paulo, em 2011; o 3º, em Maceió/Alagoas, em 2012 e o 4º Seminário ocorreu em Santa Catarina, em junho de 2013. O 5º Seminário está programado para acontecer no segundo semestre de 2014 no Rio de Janeiro.

A Frente tem tido algumas conquistas, a saber: constituição de Fóruns de Saúde em vinte estados brasileiros: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe. Dos fóruns estaduais, dezesseis foram criados a partir de 2011, os demais já existiam anteriormente¹³.

Conseguiu também mobilizar diversas forças sociais, tais como: sindicatos de funcionários públicos; algumas centrais sindicais (CSP-Conlutas; Intersindical); professores universitários de diversas universidades (UERJ, UFRJ, USP, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, CESTE/ENSP/FIOCRUZ, UFF, UFAL, UEL, UnB, UFBA, UFRN, entre outras), entidades estudantis da área de saúde (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia, Nutrição); Coletivo de Residentes; entidades nacionais (AMPASA, ABEPSS, CFESS, ANDES, FASUBRA, ASFOC, FENTAS, FENASPS); movimentos sociais (MST e MTST), além de algumas frentes: Frente de Drogas e Direitos Humanos e Frente Independente Popular.

Com relação aos partidos políticos, tem-se a participação dos setoriais de saúde e direções do PSOL, PSTU e PCB. Observa-se também a inserção de alguns militantes do PT, PC do B, Consulta Popular e PDT.

Ressalta-se a sensibilização para criar núcleos ou setoriais de saúde em alguns partidos políticos (PSOL, PSTU, PCB) e em algumas centrais como a CSP-Conlutas. Cabe destacar a realização de seminários, debates e manifestações contra a implantação e implementação das Organizações Sociais e da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH) em diversos estados e municípios brasileiros, bem como nas Universidades Públicas.

A Frente Nacional tem utilizado algumas estratégias de luta.

No *campo jurídico* cabe destacar: ações civis públicas; Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações, articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, TCE (Tribunal de Contas do Estado) e TCU (Tribunal de Contas da União); continuidade ao acompanhamento à votação da ADI 1.923/98 (pela inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 que cria

procedência da ADI 1.923/98, Carta aos Ministros do STF com assinatura das entidades e o documento “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”.

13 Foram criados também dezesseis fóruns municipais com a perspectiva de ampliar o trabalho dos Fóruns Estaduais bem como, descentralizar as lutas.

as OSs); articulação para elaboração da ADI 4.895/2013 contra a EBSEH, ajuizada pelo Procurador-Geral da República.

No âmbito do parlamento, articulando e pressionando os parlamentares a fim de impedir o processo de privatização da saúde, por meio de manifestações nas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas nas sessões de votação dos Projetos que privatizam a saúde, denunciando publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização; além de participação em Audiências Públicas.

No *conjunto da sociedade*, realizando debates sobre a privatização com os trabalhadores da saúde e usuários do SUS. Ressalta-se como eventos importantes: a Cúpula dos Povos realizada no Rio de Janeiro, 2012; os Fóruns Sociais Temáticos, em Porto Alegre em 2012, 2013 e 2014 e os Congressos do MST, em 2014 e do ANDES, em 2013 e 2014. No plebiscito contra a EBSEH também foi significativa a participação dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional.

Nas *ruas*, com caminhadas, atos e manifestações. A Frente tem participado das Marchas dos Servidores Públicos; dos Atos do Dia Mundial da Saúde, da Luta Antimanicomial, do Dia Internacional de Luta das Mulheres, do Dia do Trabalhador, do Grito dos Excluídos, das Jornadas de Junho e Julho de 2013. Os Fóruns e a Frente estiveram presentes nas manifestações que ocorreram a partir de junho de 2013 e divulgou duas notas a saber: “*Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde*” e “*Saúde que defendemos*”. Nesta última nota, a Frente problematiza as propostas apresentadas pela presidente Dilma com relação à Saúde que não enfrentam à determinação social do processo saúde-doença, rebaixa a pauta da saúde à lógica incrementalista e assistencial, e reitera o modelo médico-centrado e a privatização. Tal nota questiona também o Programa Mais Médicos apresentado pelo governo¹⁴.

Nos *espaços de controle social* através da pressão sobre os mecanismos institucionais – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os “novos” modelos de gestão. A participação da Frente Nacional e dos Fóruns de Saúde foi fundamental na 14ª Conferência Nacional de Saúde.

No âmbito da formação com realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalhos de extensão em torno da saúde pública.

Nos *meios de comunicação* através da produção de material para divulgação nas entidades, partidos, sindicatos além da gran-

de imprensa, bem como a utilização de blogs, facebook, jornais.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde elaborou uma agenda para a saúde, apontando algumas questões que dificultam a implantação do SUS público, Estatal, universal e de qualidade e destacando algumas propostas para a garantia do direito à saúde, em cinco eixos estruturantes: Determinação Social do processo saúde e doença - saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e Efetivação do Controle Social.

Sobre o primeiro eixo, *Determinação Social do processo saúde e doença*, a Frente aponta para a necessidade de resgatar o conceito de determinação social tal como no Movimento de Reforma Sanitária. E isto significa inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, lutas antineoliberais e anticapitalistas com prospecção socialista, sem perder de vista as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

Com relação a *gestão e financiamento* ressalta a tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento do setor privado, seja através da compra de serviços privados pela rede pública, por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos, seja através do repasse da gestão, patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas com os denominados “novos modelos de gestão” – Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Tendência que está coerente com as recomendações dos organismos financeiros internacionais, dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde. A Frente compreende que os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo.

Defende-se o *modelo assistencial* previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a universalidade, a integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo, centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônico.

Destaca-se também que o processo de *precarização dos serviços de saúde* acontece em similitude com o processo de precarização do trabalho em saúde, tendo um forte rebatimento na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS, visto que os serviços de saúde não se realizam sem o trabalho humano em todas suas dimensões. A Frente reivindica condições dignas de trabalho e uma política de valorização do trabalhador da saúde.

14 O Programa tem três eixos principais. O primeiro é promover abertura de escolas médicas e ampliar o número de vagas, incluindo o setor privado. Não se deve abrir vagas no setor privado, mas somente na rede de faculdades públicas, face a qualidade do ensino e a privatização da educação. O segundo refere-se às alterações nas diretrizes para os cursos de medicina. No texto aprovado, fica definido que ao menos 30% da carga horária dos dois anos de internato médico na graduação devem ser feitos na atenção básica de saúde e no serviço de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe destacar que é necessária uma ampla reforma do ensino médico com ênfase na formação geral e na realização de estágios no SUS, e não apenas mudanças no período do internato. O terceiro eixo é aumentar o incentivo à interiorização do médico brasileiro e a vinda de médicos formados fora do país. Ampliar o acesso de profissionais de saúde e não apenas de médicos para o interior é uma necessidade, que tem que ser enfrentada não com a precarização do trabalho do SUS e sim com a realização de concurso público sob o Regime Jurídico Único (RJU) e com o estabelecimento da carreira única do SUS. Outro aspecto preocupante deste programa é delegar à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) a concessão de bolsas para as ações de saúde, o ressarcimento de despesas e adotar outros mecanismos.

E, por fim, no último eixo da agenda da Frente Nacional, sinaliza-se como desafio tornar os *espaços institucionais de controle social* de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal. E aponta a experiência dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde como espaços não institucionais de controle democrático importantes para fortalecer a participação social e o SUS.

Para finalizar este item, é importante destacar algumas bandeiras de luta da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, a saber:

- Defesa incondicional do SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado e contra todas as formas de privatização e Parcerias Público Privadas.
- Alcançar um mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a Saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde.
- Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU).
- Pela Auditoria da Dívida Pública.
- Contra os subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde.
- Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde.
- Defesa de concursos públicos pelo RJU e da carreira pública de Estado para pessoal do SUS.
- Pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde.
- Defesa da implementação da Reforma Psiquiátrica com ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, contra as internações e recolhimentos forçados e a privatização dos recursos destinados à saúde mental via ampliação das comunidades terapêuticas.
- Luta contra a “higienização social” e despejos provocados pela organização de megaeventos.
- Contra o modelo “médico assistencial privatista”.
- Pela efetivação do Controle Social Democrático.
- Pela revogação da Reforma da Previdência.

Algumas reflexões

A Frente Nacional tendo como referência o projeto da Reforma Sanitária que concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado, vem se posicionando contra a privatização

e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. Concorde-se com Arouca (1989), ao afirmar que

“discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que (...) estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil”.

A defesa e luta pela saúde pública estatal – que além de possível, mostra-se necessária – como demanda real das classes subalternas e como instrumento estratégico com vistas à criação de outra ordem societária, sem dominação econômica, social e política.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde são espaços importantes na luta por direitos sociais e se colocam como desafio na atualidade, na construção de uma frente anticapitalista.

Esses espaços tomam como referência inicial a luta por saúde. Para Escorel (1989), a saúde é considerada um componente fundamental da democracia e da cidadania, tanto por ser determinada por um conjunto de direitos como por ser elemento potencialmente revolucionário e de consenso. A autora, recuperando Arouca (1982), ressalta como potencial revolucionário, o fato da saúde constituir um campo privilegiado da luta de classes. A saúde igualmente constitui-se um campo propiciador de consenso, espaço de um direito que pode unir um conjunto de forças para empreender lutas para a sua conquista. Segundo Escorel (1989), a saúde é um elemento potencial de consenso, mas a forma de distribuição desse direito consensual é que é o motivo de dissenso.

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e vincula-se a um projeto societário que orienta um novo poder, um novo Estado, visando à construção de uma sociedade sem dominação e exploração de qualquer natureza. Dessa forma, admite-se a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo (PAIM, 2008).

A Frente Nacional e os Fóruns tendo como referência a Reforma Sanitária compartilham dessa concepção. E tais espaços, comparando com o movimento sanitário, são inovadores por articular, organizações políticas tradicionais, como os partidos políticos, centrais sindicais e sindicatos, com os movimentos sociais e a academia.

Ressalta-se que, na atual conjuntura de crise estrutural do capitalismo, de barbarização da vida social, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social, o desafio que está colocado é ampliar a luta coletiva, fortalecendo as lutas sociais e a organização das classes subalternas, na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana, e um novo projeto societário anticapitalista.

Referências Bibliográficas

- AROUCA, S. Contra-capa. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
- BEHRING, E. R. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. 3ª edição. (Tradução Pe. Bruno Giuliani). São Paulo: Hucitec, 1987.
- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais*. São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.
- _____. & MENEZES, J. S. B. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011a.
- _____. & MENEZES, J. S. B. Participação Popular e Controle Social na Saúde. In: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011b.
- _____. et al. As Centrais Sindicais e a Luta por Saúde: Algumas Reflexões. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda. (Org.). *Coletânea Nova de Serviço Social - Trabalho e Direitos: Conquistas e Retrocessos em Debate*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011
- CORREIA, M. V. C. A Relação Estado-Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.77, 2004.
- COUTINHO, C. N. *Contra a Corrente: Ensaio sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.
- COSTA, R. *Primeiros meses do Governo Dilma confirmam: um governo a serviço do capital*. 09 de abril de 2011. Disponível em: http://www.pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2551:primeiros-meses-do-governo-dilma-confirmam-um-governo-a-servico-do-capital&catid=101:criminalizacao
- DURIGUETTO, Maria Lúcia. A Temática dos Movimentos Sociais e sua Incorporação no Serviço Social. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996 (mimeo).
- _____. Ofensiva Capitalista, Despolitização e Politização dos Conflitos Sociais de Classe. In: *Temporalis/Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. Nº 16. Brasília: ABEPSS, 2008.
- ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (orgs.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.
- FONTES, V. Sociedade civil no Brasil contemporâneo. In: LIMA, J. & NEVES, L. M. W. (Orgs.) *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- IASI, M. L. *Não ao pacto: avançar para um programa anticapitalista e o poder popular*. 29 de junho de 2013. Disponível em: <http://espacoacademico.wordpress.com/2013/06/29/nao-ao-pacto-avancar-para-um-programa-anticapitalista-e-o-poder-popular/>
- MATTOS, M. B. Reorganizando em meio ao refluxo. Ensaio de intervenção sobre a classe trabalhadora no Brasil atual. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2009.
- MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da Crise e Seguridade Social*. São Paulo: Cortez, 1995.
- NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social e a crise contemporânea. Capacitação em Serviço Social e Política Social; Mod 01. Brasília, CEAD, 1999.
- _____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.79, 2004.
- NEVES, L. M. W. A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'. In: MATTA, G. C. & LIMA, J. C. F. (Orgs.) *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.
- OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.
- PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- VIANNA, M. L. T. W. Participação em saúde: do que estamos falando? In: *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009.
- WOOD, E. M. *Democracia contra Capitalismo – a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.

Sites Consultados

www.contraprivatizacao.com.br

3.4. Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira

Alessandra Ximenes da Silva

Introdução

Este estudo trata sobre as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na contemporaneidade. Tal temática se apresenta hoje como um grande desafio a ser desvelado, devido às mediações necessárias para dar conta do objeto de estudo. Uma vez que, o projeto de RSB, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS) tem apresentado vários problemas para a sua efetividade entre os quais se destacam: o não cumprimento da universalidade e da integralidade e; a tendência privatista hoje predominante através dos novos modelos de gestão, que passam a gerir os serviços de saúde públicos.

Cabe aqui questionar por que contemporaneidade? Ocorre que no início do governo Lula houve uma expectativa por parte dos sujeitos políticos coletivos do retorno à agenda da Reforma Sanitária e foi criado em 2005, o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, se revelaram várias contradições nesse processo, tanto no que se refere à formação do Fórum, que apresenta mudanças no direcionamento político das suas posições quanto dos sujeitos coletivos que participam.

O governo Lula passa a ser protagonista, principalmente a partir de 2007, de uma nova ideologia que combina crescimento econômico com desenvolvimento social. De acordo com Mota (2012, p. 20), o governo Lula “é palco da conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias: as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista”. Tal conjuntura trouxe como consequência um processo de repolitização regressiva da política que se faz com os argumentos antineoliberais, anti-imperialistas, porém em defesa do nacional-capitalismo, na perspectiva do desenvolvimento do país, cuja principal mediação não são as reformas sociais com impacto na redistribuição de renda.

Esse contexto teve um impacto tanto na formulação e condução de políticas do governo, incluídas as políticas de saúde, quanto no protagonismo dos sujeitos políticos coletivos do Movimento Sanitário na luta efetiva por um projeto de Reforma Sanitária político-emancipatório.

Nossa hipótese é que existem mudanças nas orientações das

propostas e práticas dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, construído na década de 1980, principalmente a partir de 2007. Há uma flexibilização de suas proposições pautadas nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro.

Outro aspecto relevante foi à criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) em 2010, com o objetivo de resistir aos processos de privatização na saúde que têm avançado no Brasil. Os sujeitos políticos coletivos integrantes da Frente reafirmam a importância de fortalecer o movimento em defesa do SUS nos moldes da mobilização e organização do final da década de 1980, que resultou na Constituição de 1988 na incorporação da saúde como direito universal e dever do Estado. A Frente se contrapõe às defesas de proposições, na atualidade, da agenda política do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que defende um projeto da terceira via.

Tal conjuntura revela que, na contemporaneidade, o processo de Reforma Sanitária Brasileira se desenvolve entre distintos projetos que estão em disputa. Os sujeitos políticos coletivos que na década de 1980 formularam propostas da RSB enquanto perspectiva de transformação social, projeto civilizatório e luta de caráter democrático popular, na contemporaneidade, apresentam propostas inconciliáveis com a universalidade e a integralidade, uma vez que o enfoque passa a ser no crescimento econômico com o desenvolvimento social, mas com vista à focalização. Para tanto, as preocupações se voltam para o acesso, cuidado e qualidade; a justiça social; a Reforma Sanitária enquanto Reforma Solidária e; a transformação por dentro do SUS. Tais perspectivas não fortalecem o projeto de RSB enquanto projeto político-emancipatório, ou seja, civilizatório e de lutas popular democráticas. Ao contrário, tendem a fortalecer a tendência privatista e o processo de contrarreforma em curso.

Diante das contradições acima expostas, alguns questionamentos são relevantes para o aprofundamento da temática: Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade, a saber: Por que há uma inflexão na RSB na perspectiva de al-

guns sujeitos políticos coletivos que demandavam uma proposta político- emancipatória de RSB? Por que alguns sujeitos políticos coletivos da RSB tentam conciliar diferentes perspectivas de projetos com interesses opostos e contraditórios? Quem resiste? Quem consensua? Que sujeitos políticos coletivos no cenário nacional defendem a RSB nos moldes de 1980?

É neste sentido que esse estudo objetiva desvelar as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo de Reforma Sanitária Brasileira, enquanto projeto político-emancipatório. Para tanto, necessário se faz: Analisar os interesses dos sujeitos políticos coletivos no projeto da RSB na contemporaneidade; Apreender as inflexões dos sujeitos políticos coletivos pelo projeto da RSB; Identificar as resistências e consensos dos sujeitos políticos coletivos frente à RSB enquanto projeto político-emancipatório.

Na perspectiva de esclarecimento das mediações entre aparência e essência, empreendemos um processo de pesquisa dos sujeitos políticos coletivos, de suas lutas sociais e contradições no projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Nosso período de estudo abrange os dois mandatos do governo Lula e os dois anos do governo Dilma Rousseff, o que corresponde aos anos de 2003 a 2012. Privilegiamos a pesquisa e análise documental, a observação e a nossa participação no processo de RSB para apreender as contradições dos sujeitos políticos coletivos participantes do processo de formulação de propostas da RSB. Entre estes se destaca o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, ressaltando a trajetória do CEBES e da ABRASCO, por esses sujeitos políticos coletivos darem a direção política no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. A seguir, analisamos a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e expomos a trajetória dos Fóruns de Saúde mais antigos que compõem a Frente, sendo estes: Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Londrina.

1. Lutas Sociais e Contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos

O projeto de RSB que foi debatido e disputado está expresso no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 03) o qual afirmou que “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas”.

Na década de 90, ao mesmo tempo em que o movimento sanitário articulou junto ao parlamento a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, o processo da RSB sofreu um grande refluxo com a eleição de Collor e conseqüentemente a implementação de políticas econômicas e sociais neoliberais para o país. O movimento sanitário não teve a tática e estratégia na perspectiva de continuar a luta pela RSB e passou a priorizar a implementação do SUS institucionalmente. Não significa, entretanto, que o SUS não fosse uma conquista importante enquanto política pública, mas o esvaziamento da mobilização e organização da luta pelo direito à saúde trouxeram conseqüências para o projeto da RSB em toda a década de 90 e no início do século XXI.

Para analisar o processo da RSB, se faz necessário entender a conjuntura de cada momento histórico, ou seja, entender como a estrutura social em movimento, a análise das políticas de saúde, em uma dada situação significa identificar os fenômenos, os sujeitos e as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes, identificar também os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade e atravessam o Estado, atingindo a burocracia que impõe a ação reguladora ou coercitiva, por meio dos aparelhos ideológicos e repressivos do Estado.

No século XXI, o governo Lula trouxe inicialmente expectativas para que o projeto da RSB retornasse a agenda, mas o governo não rompe com a estrutura anterior e dá seqüência às contrarreformas. Tal fenômeno, no âmbito político possibilitou o deslocamento e a autonomia cada vez maior de Lula em relação ao PT, bem como a submissão incondicional desse partido a ele, foram condições necessárias para a condução do processo de acomodação do bloco de poder dominante, alcançando-se o consenso através da obtenção da confiança do grande capital e do consentimento dos setores subalternos.

No entanto, no segundo mandato do governo Lula face às mudanças nos rumos econômico do país – com o aumento das taxas de crescimento econômico e a tímida melhora de alguns indicadores sociais – houve a adesão mais explícita do governo à estratégia ideopolítica do neodesenvolvimentismo, que surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto ao socialismo.

O embasamento teórico político para esta ideologia passa por três linhas argumentativas: 1) o crescimento econômico, por si próprio, não trará a redução das desigualdades; 2) os gastos sociais no Brasil não são baixos, o que é preciso fazer é torná-los mais eficientes, melhorando a alocação de recursos e focalizando-os nos segmentos mais pobres; 3) propostas de desenvolvimento baseadas em investimento no “capital humano”, reformas microeconômicas, programas de microcrédito etc (CASTELO, 2010). O objetivo do neodesenvolvimentismo é entrar como uma espécie de Terceira Via, na disputa pela hegemonia ideopolítica para a consolidação de uma estratégia de desenvolvimento alternativa aos modelos em vigência na América Latina.

O neodesenvolvimentismo introduz os conceitos de equidade e justiça social. Em termos políticos os neodesenvolvimentistas defendem a promoção da igualdade de oportunidades entre os indivíduos via educação. Nessa perspectiva fica subordinada aos requisitos de habilidades necessárias aos processos de produção de mercadorias comandados pelo capital. Os conceitos de equidade e justiça social ressurtem nos anos 1990 nos relatórios das agências multilaterais sobre pobreza, como o Banco Mundial e são estratégicos do projeto neodesenvolvimentista de intervenção na questão social.

Os sujeitos políticos coletivos do projeto de RSB lutaram na década de 80 pela saúde como direito e dever do Estado, a construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e com participação da comunidade. Na década de 90 a prioridade foi na implantação do SUS, nesse momento, a ênfase foi no processo de descentralização político-administrativa com

vistas à municipalização. Nessa década os sujeitos políticos coletivos históricos da RSB estavam recuados e assumem o protagonismo no processo de institucionalização do sistema de saúde o Conass e o Conasems.

Apesar da conjuntura difícil, durante toda a década de 90, período dos governos de Collor e FHC, que implementaram o ideário neoliberal no país. No entanto, com a mobilização dos sujeitos políticos coletivos se conseguiu aprovar a Lei Orgânica da Saúde e; inicia-se o processo de organização dos conselhos de saúde nas três esferas de governo. Esse momento, a luta se direcionou para a capacitação de conselheiros de saúde e pela melhoria do financiamento do setor, reivindicação que permanece até os dias atuais.

Dentre os sujeitos políticos coletivos hoje em luta pelo projeto de RSB destacamos: o Fórum da RSB e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que desenvolvem projetos e ações para garantir uma determinada hegemonia. Os sujeitos políticos coletivos são organismos culturais e ético-políticos, que contribuem para a construção do consenso a uma determinada concepção de mundo e projetos.

Dentre os sujeitos políticos coletivos do Fórum da RSB destacam-se a ABRASCO e o CEBES, que dão direção política ao Fórum. Vale a pena ressaltar que esses sujeitos políticos coletivos lutam pela RSB desde a década de 70, mas com mudanças nas proposições acerca do projeto de RSB, havendo inflexões no século XXI. No que diz respeito a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, criada em 2010, destacam-se os Fóruns do Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas, Paraná e Londrina, sendo esses os fóruns mais antigos. .

O Fórum da RSB e a Frente têm disputado o projeto da RSB. Essa disputa ocorre na sociedade civil que não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. A trama da sociedade civil é formada por múltiplas organizações sociais de caráter cultural, educativo e religioso, mas também político e, inclusive econômico. Por seu intermédio, difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que domina o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social. Nela se forma a vontade coletiva, se articula a estrutura material da cultura e se organiza o consentimento e a adesão das classes dominadas.

O Fórum da RSB e a Frente possuem seus intelectuais que disseminam cultura tanto para o projeto de RSB flexionado ou da terceira via quanto para o projeto de RSB com princípios político-emancipatórios. Para Gramsci (2000a), os intelectuais, em vez de se constituírem em um grupo autônomo e independente, são uma criação das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política.

Quanto aos intelectuais na contemporaneidade, no que diz respeito ao projeto da RSB, identifica-se a disseminação junto aos sujeitos políticos coletivos de duas perspectivas antagônicas que orientam as suas práticas, sendo essas: 1) as ideologias da pós-modernidade e a do neodesenvolvimentismo e, 2) a radicalização da democracia e a construção da vontade coletiva.

Ocorre que o predomínio entre os intelectuais da cultura está baseado na contemporaneidade nas ideologias da pós-modernidade. Essa ideologia diz respeito às teses que susten-

tam a crise de paradigmas nas ciências sociais e à necessidade de uma nova produção de conhecimento centrada na atenção às diferenças, ao efêmero, ao fragmentário. O principal alvo da crítica pós-moderna é a ideia de que a realidade é um todo complexo e contraditório, mas passível de ser apreendido racionalmente, problematizado e transformado. As tendências do pensamento pós-moderno está baseado na crítica ou recusa da racionalidade, do universal e da ideia de emancipação.

As concepções da pós-modernidade em articulação com a ideologia social-liberal vêm se constituindo como base para o projeto de hegemonia do capital e tem contribuído para apassivar as lutas sociais, através da construção de consensos. Tais ideologias têm uma influência significativa no modo de pensar dos intelectuais na contemporaneidade e a forma como esses têm realizado e disseminado a leitura da realidade e orientado as práticas dos sujeitos políticos coletivos.

Ao analisar os documentos defendidos pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Identifica-se uma tendência ascendente de incorporação pelo fórum das ideologias da pós-modernidade e a social-liberal ou neodesenvolvimentista. No primeiro documento **A Carta de Brasília** (2005) refere-se à RSB como projeto civilizatório, se aproxima dos princípios da RSB defendidos na década de 80. No segundo documento **Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros** (2005) reafirma a RSB como um projeto civilizatório maior e começa a introduzir reflexões acerca do desenvolvimento sustentável. No terceiro documento **O SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade** (2006). Começa a enfatizar o cotidiano, o local, o efêmero e a realidade fragmentada.

Nesse documento é ressaltada a solidariedade como valor estruturante e a justiça social. As propostas apresentadas são no sentido de focalização da política com ênfase no cuidado e à humanização. As mudanças a serem realizadas passam por dentro do já existente. O quarto documento **Boletins da 13ª Conferência Nacional de Saúde** (2007) enfatiza a RSB como reforma solidária, a prioridade das propostas são com o cuidado, as formas de desigualdade e de injustiça, a questão da responsabilidade social para cumprir o seu dever com a saúde, a qualidade de vida e a democracia. Nesse documento, o entendimento e alcance do projeto civilizatório é a cidadania. As demandas se voltam para o cotidiano. No quinto documento **A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil** (2010) define os eixos prioritários de intervenção e as estratégias de ação, de forma a balizar os programas, objetivos e metas da Política de Saúde.

Esse documento expressa a adesão do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira às ideologias da pós-modernidade e do neodesenvolvimentismo. Uma vez que a sua agenda se volta para o cotidiano do SUS, deixando de apresentar proposições que priorizem as conexões estruturais tais como: totalidade, modo de produção, contexto e classe social. Também articula o crescimento econômico com desenvolvimento social na perspectiva neodesenvolvimentista. Vale a pena ressaltar que no documento a expressão Reforma Sanitária não é utilizada e deixa em aberto os novos modelos de gestão.

Esse processo do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que tenta conciliar diferentes projetos de RSB, a partir de uma revisão, ocorre devido a concepção da sociedade civil como

espaço privilegiado de harmonização dos conflitos de interesses, transformando-se em Locus estratégico de obtenção do consenso (NEVES, 2010). A noção da sociedade civil como espaço de colaboração social materializa-se como referência para iniciativas que procuram estabelecer obstáculos, ou efetivos impedimentos, à elevação do nível de consciência política coletiva da classe trabalhadora.

Outras concepções também estão sendo construídas pelos sujeitos políticos coletivos da Frente Nacional Contra a Privatização da saúde na perspectiva da radicalização da democracia, a construção da vontade coletiva e a defesa da RSB enquanto projeto político-emancipatório.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde foi criada em 2010, com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde tem sido sujeito político coletivo importante no processo de luta pelo projeto de RSB com as diretrizes da década de 80, principalmente no que se refere à relação público/privado, na luta contra os novos modelos de gestão que estão sendo implementados vorazmente na saúde.

Na contemporaneidade, tem disputado espaço com o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira na defesa do projeto da RSB. Desde seu nascimento, em 2010, conta na atualidade com 19(dezenove) Fóruns Estaduais, 01 (um) do Distrito Federal e 15 (quinze) Fóruns Municipais que lutam principalmente contra todas as formas de privatização da gestão na saúde, através de Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, as Parcerias Público-Privado e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

Os sujeitos políticos coletivos da FNCPS também possuem seus intelectuais que atuam na formulação e na direção política da Frente, na perspectiva de fortalecer o projeto de Reforma Sanitária como projeto civilizatório. Para Gramsci (2000, p.20) “os intelectuais orgânicos do proletariado, em geral menos numerosos e mais desorganizados, também se constituem em funcionários especializados das classes dominadas na construção e execução da nova hegemonia”. Portanto, pode-se afirmar que os intelectuais são os agentes da consolidação de uma concepção de mundo e de uma vontade coletiva de um bloco histórico.

Com o surgimento da Frente e dos Fóruns de Saúde novos sujeitos políticos coletivos passam a disputar a hegemonia do projeto político-emancipatório de RSB. A luta contra a privatização passa pela disputa de interesses, projetos e do fundo público, ou seja, componentes vitais ao capitalismo. A perspectiva da Frente é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando-as em nível nacional.

A Frente questiona o investimento do fundo público cada vez maior nos setores privados, através dos novos modelos de gestão na saúde. Esse investimento ocorre como uma resposta do Estado às crises do capital em vigor e acentuam o redirecionamento do fundo público para salvar o capital em detrimento do trabalho. “O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para

intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público”. (Salvador, 2012, p. 126). Uma das principais formas da realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida. O fundo público é determinante na correlação de forças entre capital e trabalho. O processo de privatização em curso, através dos novos modelos de gestão têm causado prejuízos, sendo esses: processo de contratação da força de trabalho em saúde com vínculos precários; não têm garantido o acesso dos usuários de forma efetiva aos serviços de saúde e; os recursos para a prestação dos serviços de saúde, tal como analisado no documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” pela Frente, foram duplicados e em algumas situações até triplicados do que quando estavam sob a gestão direta do Estado.

Os sujeitos políticos coletivos da FNCPS, através de seus intelectuais têm atuado na perspectiva de fortalecer a vontade coletiva que para Gramsci consiste na atividade política, não arbitrária, que se realiza na medida em que corresponde às necessidades objetivas históricas.

A FNCPS enquanto sujeito político coletivo é defensora do projeto de RSB formulado na década de 80, que tem como elemento fundamental a radicalização da democracia, implicando na construção de uma nova racionalidade, ou seja, de um novo projeto civilizatório.

Considerações Finais

A vontade coletiva é a atividade política capaz de superar tanto o idealismo subjetivo quanto o materialismo mecanicista vulgar. Esse conceito está estreitamente ligado ao de reforma intelectual e moral, ou seja, à questão da hegemonia. O processo de hegemonia se realiza tanto no plano do movimento quanto no das instituições. Isso implica na construção de uma racionalidade nova, distinta da anterior.

O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira tem procurado novas respostas políticas, mas tem feito isso com articulação da ideologia do neodesenvolvimentismo junto com as ideias pós-modernas. Isso ocorre devido “à nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2010, p.25), que envolve a formulação de novas teorias, a formação de novos intelectuais orgânicos e a difusão pedagógica dos novos consensos.

É o realinhamento ideológico de teóricos e de forças políticas nas relações sociais e de poder. A aposta mais significativa da nova pedagogia da hegemonia é o complexo movimento concomitante de criação de novos sujeitos políticos coletivos, de reconversão dos antigos sujeitos políticos coletivos e de desorganização da visão crítica ao capitalismo para a construção do novo consenso. O alicerce da formação e da atuação dos sujeitos políticos coletivos na nova pedagogia da hegemonia encontra-se fundamentado na teorização antimarxista e no projeto político da nova social democracia, expresso no programa da terceira via.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde tem

sido um sujeito político coletivo importante no processo de luta pelo projeto de RSB com as diretrizes da década de 80, principalmente no que se refere à relação público/privado, na luta contra os novos modelos de gestão que estão sendo implementados na saúde.

Os principais sujeitos políticos coletivos da Frente têm sido os Fóruns de Saúde. Parte deles as grandes mobilizações e organizações e as defesas das bandeiras de lutas da Frente, a partir das diferentes realidades estaduais e municipais. Observa-se que nos anos de 2010 e 2011, as lutas se concentraram nas Organizações Sociais e em 2012 na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

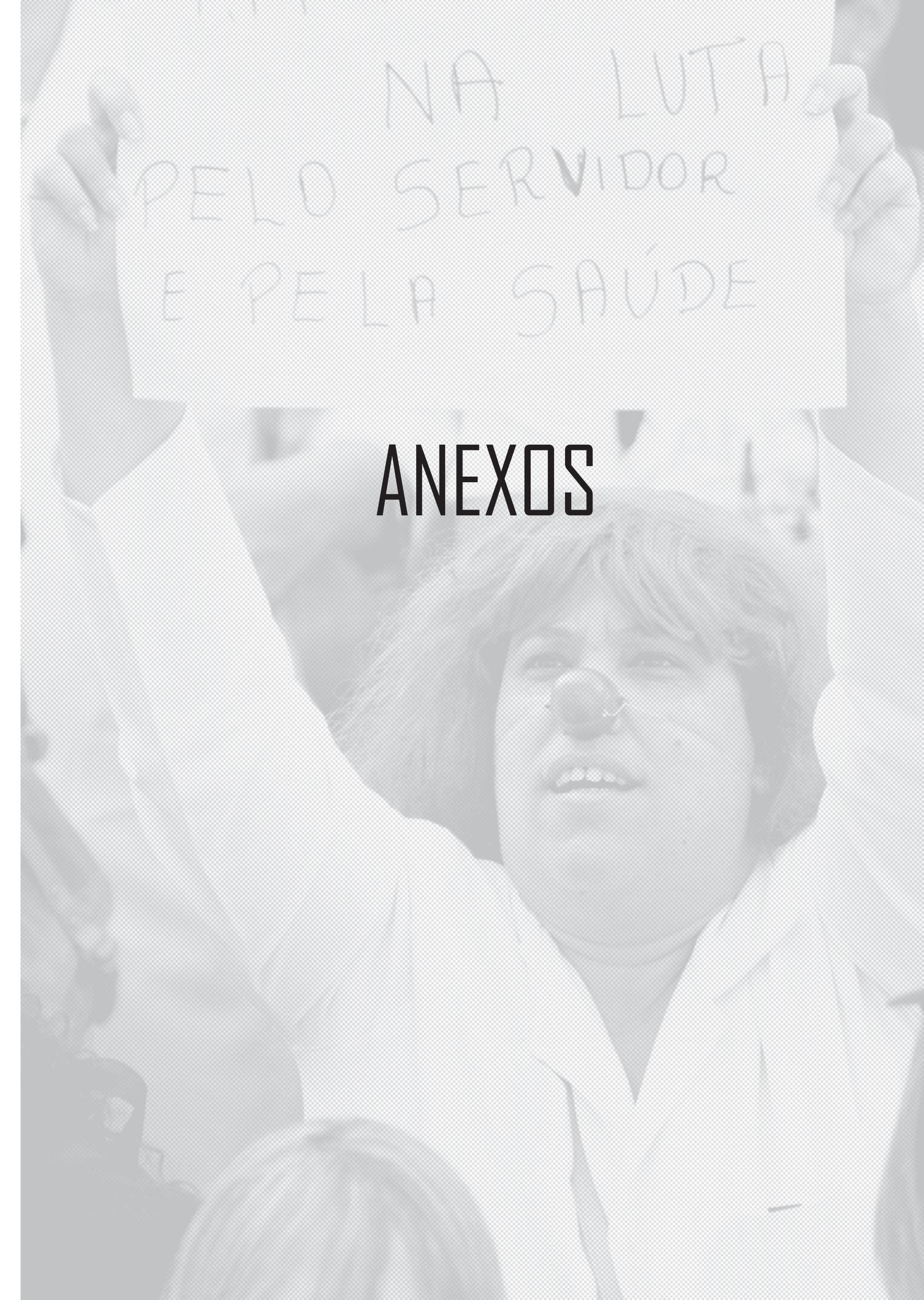
A Frente se configura como sujeito político coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante no processo de RSB. Os poucos intelectuais vinculados à Frente têm um papel preponderante no projeto da RSB na perspectiva de defender o projeto da RSB formulado na década de 1980. Esses intelectuais são fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política, para tanto, têm um papel primordial na organização da cultura.

Referências Bibliográficas

- CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 112, out/dez. 2012.
- FÓRUM da Reforma Sanitária Brasileira. *Reafirmando Compromissos pela saúde dos Brasileiros*, ABRASCO/CEBES/Abres/Rede Unida/Ampasa, 2005. Brasília, nov.2005.
- _____. *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*. ABRASCO/CEBES/Abres/Rede Unida / Ampasa. Rio de Janeiro, jul. 2006.
- _____. *BOLETIM DO FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. O Controle Social é uma Questão Estratégica*. Divulgado durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Dez, 2007.
- _____. *Agenda estratégica para a saúde no Brasil: 5 diretrizes de uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira*. ABRASCO/ Conasems/Rede Unida/APSP/SBMFC/CEBES/ CFM, 2011.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere: Os intelectuais, O princípio educativo, Jornalismo*. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a. Vol. 2.
- MOTA, Ana Elizabete. (Org.) *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.
- NEVES, Lúcia Maria Wanderley. (Org.). *Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil*. São Paulo: Xamã, 2010.
- SALVADOR, Evilásio. *Fundo Público e Seguridade Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.

NA LUTA
PELO SERVIDOR
E PELA SAÚDE

ANEXOS



ANEXO 1 - Manifesto de repúdio à proposta do Governo Federal de subsidiar os planos privados de saúde

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde repudia o conjunto de medidas que, segundo notícia veiculada na Folha de São Paulo em 27/02/2013 (<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1237512-governo-federal-negocia-para-ampliar-acesso-a-planos-de-saude.shtml>), o Governo Federal prepara desde o início do ano e que amplia a trilha da privatização da saúde em curso, através da radicalização do favorecimento já amplo ao mercado de planos e seguros de saúde.

Na reportagem é relatado que a própria Presidenta, pessoalmente, vem negociando com grandes empresas que atuam no mercado de planos privados de saúde – a maioria controlada ou com grande participação do capital estrangeiro e grandes doadoras da campanha presidencial de Dilma Rousseff – um pacote de medidas que transferirão mais recursos públicos para suas já vultosas carteiras através de redução de impostos, novas linhas de financiamento e outros subsídios a expansão do seu mercado.

Tal proposta consistiria na prática em universalizar o acesso à saúde das pessoas através de planos e seguros privados, e não através de serviços públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O preceito constitucional da saúde como direito é ferido mortalmente, ao ser substituído por uma abordagem da saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida, especialmente para as chamadas classes C e D, para impulsionar o atual modelo de desenvolvimento.

Esta pode ser a formalização final para a instituição de um seguro saúde e criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado com o setor privado, tendo como consequência acabar com o SUS ou torná-lo um sistema focalizado, consagrando o processo de universalização excludente que vem ocorrendo desde os anos 1990 com a saída dos trabalhadores melhores remunerados que foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido ao sucateamento do SUS. Esse movimento faz parte do mesmo processo de aprofundamento da subordinação do país ao grande capital financeiro, atrelado aos interesses do imperialismo. Contra fatos não há argumentos: há um crescimento no número de usuários de planos de saúde de 34,5 milhões, em 2000, para 47,8 milhões, em 2011, tendo o Brasil se tornado o 2º mercado mundial de seguros privado,

perdendo apenas para os Estados Unidos da América.

A referida medida que beneficia os planos privados é anunciada poucos meses depois da venda de 90% da AMIL, maior operadora de planos privados de saúde do Brasil, para a empresa norte-americana United Health, e do anúncio do seu fundador, Edson Godoy Bueno, um dos maiores bilionários brasileiros, da meta destes planos atingirem 50% da população brasileira, ou seja, duplicar a sua cobertura para 100 milhões de brasileiros. A estratégia anunciada pela United Health para o Brasil é crescer entre o público de baixa renda.

Tal política não responde aos interesses da maioria da Nação: sistemas de saúde controlados pelo mercado são caros, deixam de fora idosos, pobres e doentes, são burocratizados e desumanizados, pois as pessoas são tratadas como mercadorias. Se o SUS hoje não responde aos anseios populares por uma saúde universal de qualidade de acordo com a Constituição de 1988 não é pelas deficiências do modelo - há modelos de sistemas universais como Reino Unido e Cuba, amplamente bem considerados pela população e com indicadores de saúde melhores dos que o sistema de mercado da nação mais rica do planeta, os EUA – mas porque os governos não alocam recursos suficientes, não cumprem a legislação e porque a democracia, expressa no controle da sociedade sobre o sistema de saúde, não é respeitada.

O que se constata é que o Estado está cada vez mais mínimo para o SUS e máximo para o mercado. A privatização desta vez não é de forma travestida de modernização da gestão, como no caso dos “novos” modelos de gerenciamento: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Parcerias Público-Privada (PPPs). Ou mesmo na forma da complementariedade invertida, em que a rede privada em vez de ser complementar à pública, tem absorvido 62% dos recursos públicos destinados aos procedimentos de alta e média complexidade, através de convênios e contratação de serviços da rede privada pelo SUS.

A atual inflexão, se confirmada, vaticina uma total derrota do Movimento da Reforma Sanitária, que na 8ª Conferência Nacional de Saúde defendia uma progressiva estatização

do setor, pois o inverso é que se materializaria. Tornar-se-ia absoluta, e em níveis nunca antes vistos nesse país, a tendência da nossa história recente de alocar cada vez mais os fundos públicos para o setor privado da saúde em detrimento da ampliação do setor público para a garantia do direito de todos à saúde e do dever do Estado de prestar serviços à população.

Por que o governo tem recursos para subsidiar o setor privado e não tem para ampliar a rede pública de saúde? Por que o governo não atende às demandas dos movimentos sociais, das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde para destinar 10% da receita corrente bruta da União para a saúde pública? Por que a regulamentação da Emenda 29 não trouxe recursos novos para o SUS como estava previsto? Por que se aprofunda a precarização da força de trabalho na saúde e a terceirização dos serviços de saúde? Por que se mantém a DRU (Desvinculação das Receitas da União)? Porque há uma Lei de Responsabilidade Fiscal draconiana e nenhuma lei de responsabilidade sanitária ou social? Por que não se respeita o controle social?

A **Frente Nacional contra a Privatização da Saúde** tem empreendido lutas contra todas as formas de privatização que vem ocorrendo após os anos 1990. Contra o desmonte do SUS público estatal e às medidas do atual governo de fortalecimento do setor privado de saúde, a Frente reafirma suas bandeiras:

- Defesa incondicional do SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob comando direto do Estado.
- Contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; e Parcerias Público Privadas.
- Contra a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), impedindo a terceirização dos Hospitais Universitários e de ensino federais.
- Pela Inconstitucionalidade das Leis que criam as Organizações Sociais (OSs) e a EBSERH.
- Defesa de investimento de recursos públicos no setor público.
- Pela gestão e serviços públicos de qualidade.
- Defesa de concursos públicos RJU e da carreira pública no Serviço Público.
- Contra todas as formas de precarização do trabalho.
- Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU).
- Exigência de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde.
- Defesa da implementação da Reforma Psiquiátrica com ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, contra as internações compulsórias e a privatização dos recursos destinados à saúde mental

via ampliação das comunidades terapêuticas.

- Pela efetivação do Controle Social Democrático.
- Por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais!

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Março/2013

ANEXO 2 - Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde!

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, através dos militantes dos Fóruns estaduais e municipais, estudantes, trabalhadores/as e usuários/as do SUS, sempre esteve nas ruas, e nas últimas semanas vem somando-se às mobilizações do povo por mudanças estruturais, alavancadas pelas manifestações que se originaram contra o aumento das passagens.

Estamos nas ruas para **defender o caráter público e universal da saúde** e para reafirmar que **saúde não é mercadoria**, e sim direito de todas e todos brasileiros que precisa ser efetivado pelo Estado.

Estamos nas ruas porque não concordamos com os rumos da política de saúde brasileira que está na contramão dos princípios da Reforma Sanitária, do SUS e da Constituição Brasileira, pois tem favorecido os interesses dos grupos poderosos que usam a saúde como fonte de lucro.

O Movimento Sanitário dos anos 1980 defendeu intensamente o uso dos recursos públicos para ampliação dos serviços públicos com a expansão do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização da saúde. Porém, agora quando o SUS faz 25 anos, fazemos o balanço que os governos que se sucederam nesse período favoreceram a mercantilização da saúde e a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde no livre mercado e por dentro do SUS.

O apoio do Estado à ampliação do livre mercado da saúde tem se dado através da renúncia fiscal relacionada a planos e seguros privados de saúde, tornando o Brasil o 2º mercado mundial de seguros privados perdendo apenas para os Estados Unidos; pela isenção de impostos aos grandes hospitais privados como o Sírio Libanês, Albert Einstein, entre outros; isenções fiscais para importação de equipamentos biomédicos e, recentemente, para produção interna, subsidiando a expansão desordenada de oferta para planos privados de saúde enquanto a população usuária do SUS compõe uma grande fila de espera para procedimentos complexos, por insuficiência de oferta pública. Tal questão tende a ser aprofundada se confirmada a edição de um “pacote” do governo federal de redução de impostos e subsídios públicos a planos privados

de saúde, conforme amplamente anunciado pela mídia. Esta proposta pode ser a formalização final para a instituição de um seguro saúde e criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado com o setor privado, tendo como consequência acabar com o SUS ou torná-lo um sistema focalizado, consagrando o processo de universalização excludente que vem ocorrendo desde os anos 1990 com a saída dos trabalhadores melhores remunerados que foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido ao sucateamento do SUS. Esse movimento faz parte do mesmo processo de aprofundamento da subordinação do país ao grande capital financeiro, atrelado aos interesses do imperialismo.

Recursos públicos do SUS têm sido alocados progressivamente no setor privado através de convênios e contratos: do total de internações realizadas no setor privado, na primeira década dos anos 2000, 74,5% foi custeada pelo SUS; do total dos recursos públicos do SUS destinados aos procedimentos hospitalares e à produção ambulatorial, 57,33% foi destinado à rede privada contratada e apenas 43,52% à rede pública, caracterizando a privatização progressiva do fundo público, uma afronta ao artigo 199 da Constituição Federal que assegura que o setor filantrópico ou privado é complementar ao público.

Propostas de flexibilização da gestão pública e de implementação de modelos organizacionais que seguem à lógica de mercado para gerir os serviços públicos constituem grave ataque ao caráter público da saúde. Seguem uma racionalidade que fere mortalmente os princípios da administração pública direta, e têm sido concretizados nas três esferas governamentais através da proposição ou edição de Leis e Emendas Constitucionais que alteram o arcabouço jurídico e até os princípios que orientam a boa gestão da coisa pública, tendo como exemplos maiores as Emendas aprovadas no período do Governo FHC, o anteprojeto de nova lei orgânica da Administração Pública, e a criação dos denominados “novos modelos de gestão” que têm em comum a personalidade jurídica de direito privado, quais sejam: as Organizações Sociais (OSs) e OSCIPs, entidades privadas ditas “sem fins lucrativos”, criadas pelo governo de FHC; as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), proposta apresentada pelo governo Lula,

revivida recentemente pelo Governo Dilma, e já implantada através de leis próprias em diversos Estados e Municípios; e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011, pelo governo Dilma, voltada para os Hospitais Universitários e demais hospitais sob responsabilidade federal, e que já começa a ser replicada em outras esferas, como é o caso do Rio de Janeiro com a “Rio Saúde”. Estas modalidades de gestão aprofundam a precarização do trabalho, desrespeitam o controle social e são formas mascaradas de privatização que ameaçam os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, pois entregam a gestão das unidades de saúde, patrimônio, equipamentos, serviços, trabalhadores e recursos públicos para entidades de direito privado.

Essas três modalidades de mercantilização da saúde constituem o mais grave e intenso ataque contra o SUS em toda a sua história, ameaçando o seu presente e inviabilizando o seu futuro.

A Frente considera que as propostas apresentadas para a Saúde pela presidenta diante dos reclamos das ruas são insuficientes e não apresentam nenhuma mudança de fundo ou reforma estrutural para o atendimento das necessidades sociais que estão fazendo o país explodir. Não enfrenta nenhum aspecto relacionado à determinação social da saúde, rebaixa a pauta da saúde à lógica incrementalista e assistencial, e reitera o modelo médico-centrado e a privatização. Os problemas do SUS não serão estruturalmente resolvidos, e em algumas dimensões até poderão ser aprofundados, com a implantação das propostas do chamado “pacto para a saúde pública”: 1) a contratação de médicos estrangeiros não resolverá o problema de pessoal no interior e na periferia; 2) a abertura de vagas para a graduação em Medicina e para a Residência também não são soluções para a crise da saúde se não acompanhadas de discussão sobre o modelo de formação para o SUS e se priorizar vagas para o setor privado; 3) a construção de novas unidades de saúde pública sem especificar se serão 100% estatal, sob as normas do direito público, com contratação de pessoal pelo RJU e financiamento efetivo também não trará melhorias para a saúde; 4) o fortalecimento da rede filantrópica é uma medida que aprofunda a privatização do sistema público de saúde.

Face às questões apontadas, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde continuará nas ruas com as seguintes bandeiras:

- **Defesa incondicional do SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado e contra todas as formas de privatização e Parcerias Público Privadas.**
- **Alcançar um mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a Saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde, cumprindo o aprovado pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, espaço de efetiva manifestação e vocalização popular sobre suas reivindicações para a saúde.**
- **Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU).**
- **Pela Auditoria da Dívida Pública.**
- **Contra os subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde.**
- **Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pelo arquivamento do Projeto de Lei do Senado (PLS) 259/2009 que altera o artigo 23 da Lei 8080/90 para viabilizar o rentismo.**
- **Pela revogação da Lei 12.550/2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.895/2013 que tramita no STF. Não podemos entregar os Hospitais Universitários a uma Empresa de direito privado, quebrando a autonomia universitária no que diz respeito ao ensino e à pesquisa. Também não podemos permitir a criação de subsidiárias que entreguem os Hospitais Federais e Institutos, à EBSERH, como a denominada Saúde Brasil.**
- **Pela revogação da Lei 9.637/1998 que cria as Organizações Sociais (OSs) e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/1998 que tramita no STF. As OSs desrespeitam o controle social, promovem a cessão de servidores públicos para entidades privadas, contratam trabalhadores sem concurso público, garantem a aquisição de bens e serviços sem processo licitatório, facilitando o desvio de recursos públicos.**
- **Pela anulação imediata da Proposta de Lei Complementar nº 92/2007, em tramitação no Congresso Nacional, que propõe as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) para gerir todas as áreas sociais: saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, e promoção do turismo nacional.**
- **Defesa de concursos públicos pelo RJU e da carreira pública de Estado para pessoal do SUS e contra todas as formas de precarização do trabalho. Por reajustes salariais dignos e política de valorização do servidor, isonomia salarial, estabilidade no trabalho, e implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).**
- **Pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde.**
- **Defesa da implementação da Reforma Psiquiátrica com ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, contra as internações e recolhimentos forçados e a privatização dos recursos destinados à saúde mental via ampliação das comunidades terapêuticas.**
- **Pelo cancelamento do Projeto de Lei do Deputado**

Federal Osmar Terra que propõe alterações na Lei 11.343/2006 e inverte a prioridade de intervenção na área da saúde mental que tem na internação compulsória o último recurso clínico para pessoas que apresentam problemas no uso das drogas, conforme a Lei 10.216/2001, colocando-a como primeira e principal estratégia de cuidado.

- **Contra o modelo “médico assistencial privatista”** centrado no atendimento individual e curativo subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, e pelo fortalecimento da atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade.
- **Pela efetivação do Controle Social Democrático** e das deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Enfim, a **determinação social do processo saúde e doença** vinculada às relações sociais capitalistas, reprodutoras de desigualdades sociais e da barbárie, nos mobiliza a articular as lutas pela saúde com as demais lutas sociais pela superação desta sociedade. Desta forma, **estamos nas ruas por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais!**

O SUS é fruto de lutas sociais e patrimônio do povo brasileiro, não abrimos mão dele.

Saúde não se vende, se defende! Estatização já!

**Povo unido é povo forte. Não teme a luta,
não teme a morte!**

**Avante companheiros, que essa luta é minha e sua.
Unidos venceremos. E a luta continua!**

**Continuemos nas ruas empunhando
nossas bandeiras!**

**FRENTE NACIONAL CONTRA
A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE**

No calor das ruas, Julho de 2013.

www.contraprivatizacao.com.br

ANEXO 3 - A saúde que defendemos!

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde não concorda com os rumos da política de saúde brasileira que está na contramão dos princípios da Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Brasileira de 1988, pois tem favorecido os interesses dos grupos poderosos que usam a saúde como fonte de lucro.

O Movimento Sanitário dos anos 1980 defendeu intensamente o uso dos recursos públicos para ampliação dos serviços públicos com a expansão do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização da saúde. Porém, agora quando o SUS faz 25 anos, fazemos o balanço que os governos que se sucederam nesse período favoreceram a mercantilização da saúde e a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde no livre mercado e por dentro do SUS.

O apoio do Estado à ampliação do livre mercado da saúde tem se dado através da renúncia fiscal relacionada a planos e seguros privados de saúde, tornando o Brasil o 2º mercado mundial de seguros privados perdendo apenas para os Estados Unidos; pela isenção de impostos aos grandes hospitais privados como o Sírio Libanês, Albert Einstein, entre outros; isenções fiscais para importação de equipamentos biomédicos e, recentemente, para produção interna, subsidiando a expansão desordenada de oferta para planos privados de saúde, enquanto a população usuária do SUS compõe uma grande fila de espera para procedimentos complexos, por insuficiência de oferta pública. Tal questão tende a ser aprofundada se confirmada a edição de um “pacote” do governo federal de redução de impostos e subsídios públicos a planos privados de saúde, conforme amplamente anunciado pela mídia. Esta proposta pode ser a formalização final para a instituição de um seguro saúde e criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado com o setor privado, tendo como consequência acabar com o SUS ou torná-lo um sistema focalizado, consagrando o processo de universalização excludente que vem ocorrendo desde os anos 1990 com a saída dos trabalhadores melhores remunerados que foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido ao sucateamento do SUS. Esse movimento faz parte do mesmo processo de apro-

fundamento da subordinação do país ao grande capital financeiro, atrelado aos interesses do imperialismo.

Recursos públicos do SUS têm sido alocados progressivamente no setor privado através de convênios e contratos: do total de internações realizadas no setor privado, na primeira década dos anos 2000, 74,5% foi custeada pelo SUS; do total dos recursos públicos do SUS destinados aos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade 57% foi destinado à rede privada/filantrópica contratada e apenas 43% à rede pública, no período de 2008 a 2012, caracterizando a privatização progressiva do fundo público, uma afronta ao artigo 199 da Constituição Federal que assegura que o setor filantrópico ou privado é complementar ao público. Além disto, os recursos destinados à saúde são insuficientes para atender as necessidades em saúde na atualidade, visto que a previsão do seu aumento, com a regulamentação da Emenda 29, frustrou as expectativas dos/as brasileiros/as, não trazendo os esperados novos aportes de recursos para a saúde, além dos contingenciamentos anuais que estes vêm sofrendo.

Propostas de flexibilização da gestão pública e de implementação de modelos organizacionais que seguem à lógica de mercado para gerir os serviços públicos constituem grave ataque ao caráter público da saúde. Seguem uma racionalidade que fere mortalmente os princípios da administração pública direta, e têm sido concretizados nas três esferas governamentais através da proposição ou edição de Leis e Emendas Constitucionais que alteram o arcabouço jurídico e até os princípios que orientam a boa gestão da coisa pública, tendo como exemplos maiores as Emendas aprovadas no período do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), o anteprojeto de nova lei orgânica da Administração Pública, e a criação dos denominados “novos modelos de gestão” que têm em comum a personalidade jurídica de direito privado, quais sejam: as Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), entidades privadas ditas “sem fins lucrativos”, criadas pelo governo de FHC; as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), proposta apresentada pelo governo Lula, revivida recentemente pelo Governo Dilma, e já implantada através de leis próprias

em diversos Estados e Municípios; e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011, pelo governo Dilma, voltada para os Hospitais Universitários e demais hospitais sob responsabilidade federal, e que já começa a ser replicada em outras esferas, como é o caso do Rio de Janeiro com a “Rio Saúde”. Estas modalidades de gestão aprofundam a precarização do trabalho, desrespeitam o controle social e são formas mascaradas de privatização que ameaçam os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, pois entregam a gestão das unidades de saúde, patrimônio, equipamentos, serviços, trabalhadores e recursos públicos para entidades de direito privado.

Essas três modalidades de mercantilização da saúde constituem o mais grave e intenso ataque contra o SUS em toda a sua história, ameaçando o seu presente e inviabilizando o seu futuro.

A Frente considera que a resposta da presidente Dilma aos protestos populares que se materializa em cinco “pactos”: um pelo equilíbrio e responsabilidade fiscal; um pela reforma política; um contra a corrupção; um pela saúde e educação e um pela chamada mobilidade urbana; são insuficientes e não apresentam nenhuma mudança de fundo ou reforma estrutural para o atendimento das necessidades sociais que fizeram o país explodir.

As propostas com relação à Saúde não enfrentam à determinação social do processo saúde-doença, rebaixa a pauta da saúde à lógica incrementalista e assistencial, e reitera o modelo médico-centrado e a privatização. Os problemas do SUS não serão estruturalmente resolvidos, e em algumas dimensões até poderão ser aprofundados, com a implantação das proposições do chamado “pacto para a saúde pública”: 1) A contratação de médicos estrangeiros não resolverá o problema de pessoal no interior e na periferia. 2) A abertura de vagas para a graduação em Medicina e para a Residência também não são soluções para a crise da saúde se não forem acompanhadas de discussão sobre o modelo de formação para o SUS tendo ainda um agravante que contempla abertura de vagas para o setor privado. As vagas só podem ser para o setor público. 3) A construção de novas unidades de saúde pública sem especificar se serão 100% estatal, sob as normas do direito público, com contratação de pessoal pelo RJU e financiamento efetivo também não trará melhorias para a saúde. 4) O fortalecimento da rede filantrópica é uma medida que aprofunda a privatização do sistema público de saúde, já que observa-se que a maioria dos hospitais filantrópicos são regidos pela lógica do lucro, e o selo da filantropia os desonera de impostos que poderiam contribuir na constituição do fundo público.

Posteriormente, é apresentado pelo governo o **Programa Mais Médicos** (MP n 621/2013) que procura consolidar algumas proposições, já enunciadas, com a inclusão de outras. Neste, são apresentados três eixos principais. O primeiro é aumentar a duração do curso de Medicina para oito anos. Não tem sentido este aumento, o que deve ser realizado é uma ampla reforma do ensino médico com ênfase na formação geral e na realização de estágios no SUS, inclusive na atenção básica. O segundo é promover abertura de escolas médicas e ampliar o número de vagas, incluindo o setor privado. Como

já foi afirmado anteriormente, não se deve abrir vagas no setor privado mas, somente, na rede de faculdades públicas, face a qualidade do ensino e a privatização da educação. O terceiro é promover o incentivo à interiorização do médico brasileiro e a vinda de médicos formados fora do país, através de vínculo de trabalho precário, com pagamento de bolsas e sem direitos trabalhistas. Ampliar o acesso de profissionais de saúde e não apenas de médicos para o interior é uma necessidade, mas tem que ser enfrentada não com a precarização do trabalho no SUS e sim com a realização de concurso público (RJU) e com o estabelecimento da carreira única do SUS. Outro aspecto preocupante desta medida provisória é delegar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) a concessão de bolsas para as ações de saúde, o ressarcimento de despesas e promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, ou seja, este programa será gerido por esta Empresa. A EBSERH está sendo contestada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelas universidades públicas federais, pelos Hospitais e Institutos Federais, bem como pela Procuradoria Geral da República, com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN n. 4.895/2013) no Supremo Tribunal Federal (STF).

Caso o objetivo do governo seja dar respostas de fato aos problemas apresentados, deve-se por um lado, exigir o caráter público dos serviços que visam a atender direitos essenciais como saúde, educação e transporte que nunca podem ser resolvidos pela forma mercadorista. E para avançar, deve-se tocar na questão de fundo que é a produção social da riqueza e de sua acumulação privada. Nos tempos de hoje, uma questão é fundamental para reflexão: A vida e a reprodução podem ser garantidas pelo mercado e os monopólios capitalistas? (Iasi, 2013).

Face às questões apontadas, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde defende as seguintes bandeiras fundamentais para a viabilização da saúde pública:

- **Defesa incondicional do SUS público, 100% estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado e contra todas as formas de privatização e Parcerias Público Privadas.**
- **Alcançar um mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a Saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde, cumprindo o aprovado pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, espaço de efetiva manifestação e vocalização popular sobre suas reivindicações para a saúde.**
- **Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU).**
- **Pela Auditoria da Dívida Pública imediata.** Dívida que consumirá 42,42% do Orçamento Geral da União de 2014 para o pagamento de juros e amortizações da mesma, em detrimento da área social. Repúdio e anulação desta dívida ilegítima e insustentável.
- **Contra os subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde.**

- **Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde** e pelo arquivamento do Projeto de Lei do Senado (PLS) 259/2009 que altera a artigo 23 da Lei 8080/90 para viabilizar o rentismo.
- **Pela revogação da Lei 12.550/2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)** e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.895/2013 que tramita no STF. Não podemos entregar os Hospitais Universitários a uma Empresa de direito privado, quebrando a autonomia universitária no que diz respeito ao ensino e à pesquisa. Também não podemos permitir a criação de subsidiárias que entreguem os Hospitais Federais e Institutos, à EBSERH, como a denominada Saúde Brasil.
- **Pela revogação da Lei 9.637/1998 que cria as Organizações Sociais (OSs)** e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/1998 que tramita no STF. As OSs desrespeitam o controle social, promovem a cessão de servidores públicos para entidades privadas, contratam trabalhadores sem concurso público, garantem a aquisição de bens e serviços sem processo licitatório, facilitando o desvio de recursos públicos.
- **Pela anulação imediata da Proposta de Lei Complementar nº 92/2007**, em tramitação no Congresso Nacional, que propõe as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) para gerir todas as áreas sociais: saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, e promoção do turismo nacional.
- **Defesa de concursos públicos pelo RJU e da carreira pública de Estado para pessoal do SUS** e contra todas as formas de precarização do trabalho. Por reajustes salariais dignos e política de valorização do servidor, isonomia salarial, estabilidade no trabalho, e implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).
- **Pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde.**
- **Contra o PL 4330 que permite a terceirização inclusive da atividade-fim, rompendo todos os direitos dos trabalhadores brasileiros.**
- **Defesa da implementação da Reforma Psiquiátrica** com ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, contra as internações e recolhimentos forçados e a privatização dos recursos destinados à saúde mental via ampliação das comunidades terapêuticas.
- **Pelo cancelamento do Projeto de Lei do Deputado Federal Osmar Terra que propõe alterações na Lei 11.343/2006** e inverte a prioridade de intervenção na área da saúde mental que tem na internação compulsória o último recurso clínico para pessoas

que apresentam problemas no uso das drogas, conforme a Lei 10.216/2001, colocando-a como primeira e principal estratégia de cuidado.

- **Contra o modelo “médico assistencial privatista”** centrado no atendimento individual e curativo subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos; e pela defesa da integralidade da assistência à saúde, através do fortalecimento da atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade.
- **Pela efetivação do Controle Social Democrático** e das deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Enfim, a **determinação social do processo saúde e doença** vinculada às relações sociais capitalistas, reprodutoras de desigualdades sociais e da barbárie, nos mobiliza a articular as lutas pela saúde com as demais lutas sociais pela superação desta sociedade. Desta forma, **defendemos uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais!**

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

www.contraprivatizacao.com.br / [facebook.com/
contraprivatizacao](https://www.facebook.com/contraprivatizacao)

contraprivatizacao@gmail.com

Novembro de 2013.

Sobre os AUTORES

Alessandra Ximenes da Silva

Doutora em Serviço Social, professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba e pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Práticas Sociais (NUPEPS/ UEPB).

E-mail: alesximenes@uol.com.br.

Felipe Abranches Demier

Historiador. Mestre e Doutor em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós-doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-doutorando em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), vinculado ao projeto Saúde, serviço social e movimentos sociais, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Maria Inês Souza Bravo.

E-mail: felipedemier@yahoo.com.br.

Francisco Batista Júnior

Farmacêutico do SUS no Rio Grande do Norte. Presidente do Conselho Nacional de Saúde entre novembro de 2006 e fevereiro/2011. Representante do Conselho Federal de Farmácia na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

E-mail: franciscobjunior@uol.com.br.

Gustavo França Gomes

Advogado e historiador. Doutor em Serviço Social (UFRJ). Pós-Doutor em Serviço Social (UERJ). Professor Adjunto da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense

(UFF), Coordenador do Projeto: “Observatório do SUS”.

E-mail: gustavo.administrativo@gmail.com

Juliana Souza Bravo de Menezes

Especialista e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Assistente Social do Hospital Federal de Bonsucesso/ Ministério da Saúde. Integrante do projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

E-mail: julianasbravo@gmail.com.

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Foi consultora da Organização Pan Americana da Saúde (OPS) no Peru, apoiando projeto de desenvolvimento institucional do Ministério da Saúde. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atuando na graduação e pós-graduação. Diretora Adjunta de Gestão na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2009-2011).

E-mail: siliansky@iesc.ufrj.br.

Maria Inês Souza Bravo

Assistente Social. Pós-Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Professora Aposentada da UFRJ. Professora

Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social” e dos Projetos “*Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro*” e “*Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais*”, financiados pelo CNPq, FAPERJ e UERJ. Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

E-mail: mibravo@uol.com.br.

Maria Valéria Costa Correia

Professora Adjunta da Graduação e da Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de

Alagoas - UFAL. Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais/UFAL. Pós-Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

E-mail: correia.mariavaleria@gmail.com.

Renata de Oliveira Cardoso

Docente do curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF) de Rio das Ostras. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2012) e bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2008).

E-mail: reescreva@gmail.com.



SUS 100%
Público e
Estatal.

