



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO – UFOP  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – ICSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DESSO



**ANA CAROLINE FURTADO DA SILVA**

**POLÍTICA DE SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE:  
A RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE PRIVATIZAÇÃO E O DESMONTE  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**MARIANA - MG**

**2019**

**ANA CAROLINE FURTADO DA SILVA**

**POLÍTICA DE SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE:  
A RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE PRIVATIZAÇÃO E O  
DESMONTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora: Profa. Me. Rafaela Bezerra  
Fernandes**

**MARIANA – MG**

**2019**

S586p

Silva, Ana Caroline Furtado da.

Política de Saúde na Contemporaneidade [manuscrito]: a relação entre as estratégias de privatização e o desmonte do Sistema Único de Saúde / Ana Caroline Furtado da Silva. - 2019.

60f.:

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MSc<sup>a</sup>. Rafaela Bezerra Fernandes.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

1. Política de saúde - Brasil - Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. 3. Privatização - Teses. 4. Conflito social - Teses. 5. Serviço social - Teses. I. Fernandes, Rafaela Bezerra. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

Catálogo: [ficha.sisbin@ufop.edu.br](mailto:ficha.sisbin@ufop.edu.br) CDU: 614(81)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
REITORIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL



### FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Caroline Furtado da Silva

**Política de Saúde na contemporaneidade:  
a relação entre as estratégias de privatização e o desmonte do Sistema Único de Saúde**

Membros da banca

Rafaela Bezerra Fernandes - Mestre - Universidade Federal de Ouro Preto  
Késia Silva Tosta - Doutora - Universidade Federal de Ouro Preto  
Cláudia Maciel Enês - Mestre - Universidade Federal de Ouro Preto

Versão final

Aprovado em 13 de dezembro de 2019

De acordo

Professora Orientadora: Rafaela Bezerra Fernandes



Documento assinado eletronicamente por **Rafaela Bezerra Fernandes, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 19/12/2019, às 19:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0029865** e o código CRC **5ABB9529**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.204210/2019-81

SEI nº 0029865

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000  
Telefone: - www.ufop.br

*“A revolução não vai ser com armas, vai ser com papel, caneta e a favela toda graduada.”*

*Sandro Sussuarana*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser meu guia e proteção durante toda minha jornada, minha fonte de fé e perseverança nos momentos mais difíceis.

À **minha família**, por sempre me apoiar, respeitar e amar. Cláudio, Rosângela, Pedro, Nadir, Ana, Derci e José, vocês são o meu maior incentivo e exemplos de vida. Vocês são luz em meu caminho. Vocês atenuaram as dificuldades que surgiram ao longo do processo. Amo vocês!

Ao **Igor**, pelo companheirismo e apoio. Obrigada por tudo!

Aos **amigos e amigas** que me incentivaram a ser sempre melhor e se fizeram presentes em todos os momentos que eu precisei, cada um me apoiando naquilo que melhor sabe fazer. Guilherme, que entende todos os meus anseios, medos e planos; Elenclis Lucinda que está presente desde sempre e sempre; Aron, que sempre está pronto para ajudar e somar; Bruna, pela parceria ao longo de toda caminhada e Michel, por sempre ser luz e me dar esperança. Vocês são essenciais em todo esse processo.

À **minha orientadora** Rafaela Fernandes, por todo incentivo e confiança. Diante de todas as dificuldades enfrentadas ao longo do processo você sempre me passou segurança e com certeza é um exemplo a ser seguido. Obrigada!

Aos **meus colegas de turma e professores** por todo conhecimento construído ao longo de todo o processo de formação. Obrigada!

## RESUMO

Esta pesquisa aborda questões relacionadas à política pública de saúde no Brasil e busca contribuir para o debate crítico acerca de quais são as estratégias de privatização desse setor e de como elas contribuem para o processo de desmonte do Sistema Único de Saúde. Para tanto, por meio da pesquisa documental e bibliográfica, com revisão de literatura é realizada uma análise acerca da trajetória histórica dessa política pública, desde o movimento sanitário e conquistas da classe trabalhadora, até as regressões dos direitos na contemporaneidade da sociedade brasileira. Além disso, buscar relacionar as particularidades do Brasil enquanto uma economia subordinada aos países de capitalismo central e analisar como a luta de classes e o papel do Estado, enquanto aparato mediador e de manutenção da ordem social vigente, contribuiu de maneira significativa para o processo de construção e condução da política pública no Brasil. Nesse sentido, procura evidenciar e defender a saúde como um direito de todos e dever do Estado e destacar o papel do Serviço Social e a atuação do profissional assistente social diante de um cenário de retrocessos, enfatizando seu papel na luta em defesa dos direitos da classe trabalhadora e seus desafios profissionais diante de uma política crescentemente sob ataque e desmonte, porém de grande relevância e centralidade na vida dos trabalhadores.

**Palavras chave:** Política Pública de Saúde; Sistema Único de Saúde; Estratégias de privatização; Luta de Classes; Serviço Social.

## **ABSTRACT**

This research addresses issues related to public health policy in Brazil and seeks to contribute to the critical debate about what are the privatization strategies of this sector and how they contribute to the dismantling process of the Unified Health System. To this end, through documentary research and bibliographic, with literature review an analysis is made of the historical public policy trajectory, from the sanitary movement and the achievements of the working class, to the regressions of rights in contemporary Brazilian society. In addition, seeking to relate the particularities of Brazil as an economy subordinate to the central capitalist countries and to analyze how the class struggle and the role of the state, as a mediating apparatus and maintenance of the current social order, contributed significantly to the process of construction and conduct of public policy in Brazil. In this sense, it seeks to highlight and defend health as a right of all and the duty of the state and highlight the role of Social Work and the role of the social worker in the face of setbacks, emphasizing their role in the struggle for the defense of class rights. workers and their professional challenges facing a policy increasingly under attack and dismantling, but of great relevance and centrality in the lives of workers

**Keywords:** Public Health Policy; Health Unic System; Privatization strategies; Class struggle; Social service.



## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANDES - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BM - Banco Mundial

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CF 88 - Constituição Federal de 1988

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFM - Conselho Federal de Medicina

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNRS - Comissão Nacional para Reforma Sanitária

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DGSP - Diretoria Geral de Saúde Pública

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FASUBRA - Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil

FEDP - Fundação Estatal de Direito Privado

FGTS - Fundo de Garantia de Tempo de Serviço

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FMI - Fundo Monetário Internacional

FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

HUs - Hospitais Universitários

IAPS - Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MARE - Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado

MT – Mato Grosso

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PEC - Proposta de Emenda à Constituição

PIB - Produto Interno Bruto

PIS - Programa de Integração Social

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PRN - Partido da Reconstrução Nacional

PROUNI - Programa Universidade Para Todos

PT - Partido dos Trabalhadores

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1 – O DIREITO A SAUDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA .....</b>	<b>17</b>
1.1 O percurso sócio-histórico de surgimento das políticas sociais no Brasil nos marcos do capitalismo dependente .....	17
1.2 Breve resgate da trajetória da política de saúde .....	23
1.3 Da década de 1990 aos dias atuais: o SUS em ameaça .....	29
<b>CAPÍTULO 2 - A POLÍTICA DE SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA: CONTRARREFORMAS EM CURSO E DESAFIOS ATUAIS .....</b>	<b>32</b>
2.1 A participação do Estado no processo de privatização da saúde: reflexões sobre os novos modelos de gestão .....	33
2.2 Retração de direitos e Serviço Social: implicações de uma conjuntura regressiva sobre o exerc .....	45
2.3 A importância das resistências no campo da saúde em contexto de acirramento da luta de classes .....	51
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>

## **Introdução**

Este trabalho se constitui como um estudo da política pública de saúde no Brasil tendo em vista relacionar o processo de desmonte dessa política com o processo de privatização dos serviços ofertados para a efetivação da garantia da saúde, explicitando os impactos dessa relação para a sociedade, colocado com vistas à construção de enfrentamento e a desmistificação de ações focalizadas e seletivas que contribuem para o sucateamento da política pública de saúde brasileira. Para além disso, visa problematizar sobre os elementos presentes no modo de produção capitalista que atuam como pilares de sustentação do desmonte da política de saúde em curso no Brasil; resgatar a trajetória histórica de construção do direito à saúde no país; identificar as estratégias contemporâneas de privatização da política de saúde e analisar os desdobramentos do processo de desmonte da saúde pública brasileira sobre as condições de vida da classe trabalhadora.

Esse trabalho, de natureza qualitativa, foi construído na perspectiva do materialismo histórico e dialético, utilizando-se de uma leitura crítica, a partir da qual buscou-se ir além do fenômeno e aprofundar-se na análise de elementos que já despertavam questionamentos. Na elaboração deste trabalho adotou-se como estratégia metodológica a pesquisa bibliográfica, apontada por Martins (2001) como um meio de conhecimento e análise de um tema que tem por base conteúdos científicos. Optou-se por utilizar a revisão de literatura sobre o tema proposto, pois segundo Gil (2004), a revisão é uma ação sobre um material já produzido, visto que a pesquisa bibliográfica não é apenas replicar o que já foi escrito sobre determinado assunto, mas sim, a realização de uma análise e estudo que permitem ao autor uma interpretação de um tema com uma nova perspectiva em uma determinada área do conhecimento. Portanto, por meio da pesquisa bibliográfica é realizado um estudo de referenciais teóricos e científicos, que busca a discussão e a explicação de um tema já abordado anteriormente por outros autores. Desta forma, a pesquisa é construída por meio de consultas à base de dados fornecidos por instituições pertinentes à área do tema proposto, livros, periódicos e artigos.

Por sua vez, a análise quanto ao processo de privatização da saúde e a necessidade de debater o tema são fomentadas pelas experiências da autora no período de graduação no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Foi no estágio curricular obrigatório, realizado no Centro de Saúde da UFOP, no período de 2018/2 a 2019/1, que novamente foi possível notar a relevância de um serviço público de saúde para a comunidade

e de como a inserção do serviço privado nessa área é um forte fator no que diz respeito ao sucateamento do serviço público. Assim, essas contradições provocaram um debate acerca da compreensão dos impactos do processo de privatização da saúde para os usuários. Juntamente a isso, veio à tona a vontade de se construir um olhar crítico em torno de toda essa relação entre o público e o privado ensejada pela vivência enquanto usuária do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista da população brasileira, garantido pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, posteriormente normatizado pela Lei nº. 8.080/1990. De acordo com os dados disponibilizados pelo governo, o SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% desses usuários dependem exclusivamente do SUS para acessar aos serviços de saúde. Diante dessa realidade, nota-se a relevância desse sistema de saúde público e se faz necessário apontar e discutir os fatores que contribuem para o processo de desmonte do mesmo, uma vez que é este sistema que garante à maioria da população brasileira o acesso a saúde.

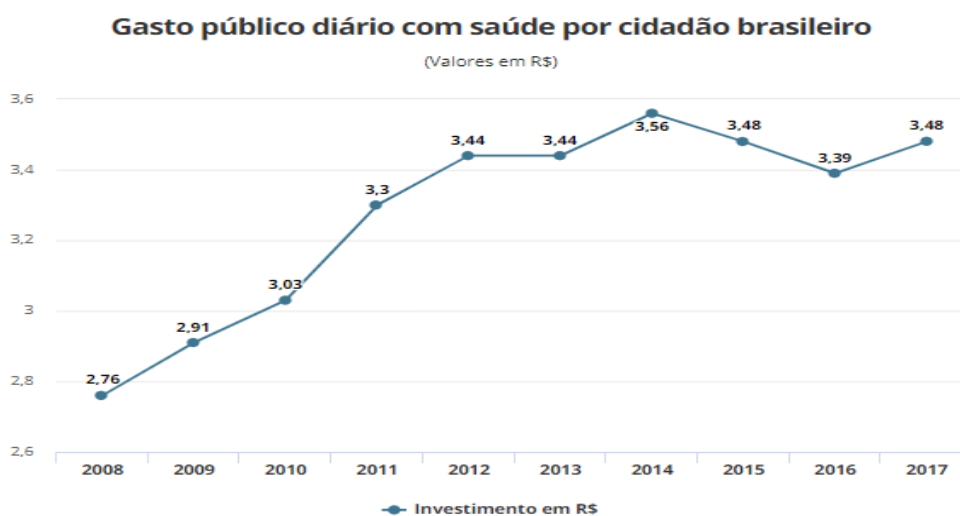
O SUS é financiado com recursos da União, estados e municípios (impostos da população), e de outras fontes suplementares de financiamento. De acordo com a Constituição Federal de 1988, os municípios devem destinar 15% do que arrecadam em ações de saúde, os governos estaduais devem destinar 12% e o Governo Federal tem que contabilizar o que foi gasto no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Então essa variação é somada ao que se gastou no ano anterior para se definir qual o valor da aplicação mínima naquele ano.

O processo histórico de desfinanciamento do sistema público começou a gerar impasses para a efetivação do SUS, acarretando em serviços precarizados, vínculos trabalhistas frágeis, entre outros. Uma análise divulgada no segundo semestre de 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) aponta que o Brasil gasta<sup>1</sup> R\$ 3,48 por dia com saúde para cada cidadão brasileiro. Por ano, o investimento representa um gasto médio de R\$ 1.271 por pessoa, investimento esse classificado pelo CFM como “abaixo do ideal”, abaixo de parâmetros internacionais.

### **Gráfico 1: Gasto Público com saúde por cidadão brasileiro (2008) – valores em R\$**

---

<sup>1</sup> Os dados levantados pelo conselho são referentes às despesas em 2017 do governo federal, dos estados e dos municípios com itens como custeio de hospitais, compra de equipamentos e pagamento de funcionários da saúde.



Fonte: Conselho Federal de Medicina

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, o gasto total com saúde pública deveria ser equivalente a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, em vez dos atuais 2,94% – soma considerando União, estados e municípios. Nota-se que apesar do crescente gasto com a saúde desde 2008, o investimento é insuficiente para atender as demandas postas pela população brasileira. De acordo com o CFM, o baixo investimento reflete em más condições de trabalho e serviços prestados.

A constituição do SUS gerou a possibilidade de um sistema de serviços privado que deveria atuar de forma complementar, mas diante da precarização do setor público, este serviço vem se ampliando e atuando de forma a substituir o SUS. Juntamente com tantos processos que atacam a saúde pública brasileira, ainda têm ações voltadas para precarizar ainda mais esse setor, como a PEC do Teto de Gastos, que congela o investimento dos gastos públicos especialmente na esfera social por 20 anos, o que tende a agravar ainda mais a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Diante destes impasses, vale ressaltar que de acordo com a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um princípio fundamental do ser humano e é dever do Estado garanti-lo, conforme inscrito em seu art. 196. Logo, é com a implantação de políticas públicas que ocorre a busca pela garantia desse direito, que se dá por meio de um conjunto de ações desenvolvidas pelo poder público, que além de garantir a efetivação desse direito visa a promoção do acesso igualitário e universal à saúde e a diminuição do número de doenças.

(...) a saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam. (SILVA, 2001, p. 808)

Nota-se que o direito à saúde, por ser universal, deveria ser acessível à toda população, como forma de garantia à execução dos direitos fundamentais inerentes ao ser humano, mas enquanto estagiária do Serviço Social na área de saúde e usuária da política pública de saúde, é possível notar a intensificação do sucateamento dessa política por meio de ações que constituem um processo de desmonte dessa política pública. Grande parte desse processo é composto pelo corte de verbas provenientes do financiamento público em detrimento de crescentes iniciativas de incentivo ao setor privado, como a proposta de criação de planos “populares” de saúde, por exemplo.

Busca-se, portanto, compreender o processo de construção, manutenção e efetivação do direito à saúde pública no Brasil, tomando por base dados como o investimento financeiro que as políticas públicas necessitam para elaboração de ações e analisar como o incentivo governamental à expansão do setor privado em detrimento do setor público afeta a qualidade dos serviços oferecidos à população que depende exclusivamente da oferta desse atendimento no âmbito do SUS.

Portanto, este trabalho tem por objetivo fazer um estudo que busca desmistificar e analisar essas ações, compreender como elas constituem o processo de desmonte da política pública de saúde brasileira e de como todo esse movimento é algo funcional ao modelo de sociedade capitalista, onde a saúde que deveria ser um direito universal é encarada como mercadoria, onde quem tem o poder aquisitivo acessa um serviço de qualidade e quem não tem fica dependente de uma política pública sucateada.

Para compreender todo esse movimento é necessário fazer uma relação entre o modo de produção capitalista e a divisão societária de classes, pois o processo de privatização da política pública de saúde e os seus desdobramentos para a classe trabalhadora reflete um movimento intrínseco à ordem vigente. Portanto, este estudo é essencial para compreender como esse movimento impacta diretamente a classe trabalhadora, que, por sua vez, é a grande parcela usuária da política pública de saúde brasileira.



# CAPÍTULO I

## O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA: A REALIDADE BRASILEIRA

### 1.1 O percurso sócio-histórico de surgimento das políticas sociais no Brasil nos marcos do capitalismo dependente

O direito de acesso à saúde foi, e ainda é, resultado de muita luta e mobilização social, assim como serve enquanto espaço de intervenção do Estado voltado para a defesa dos interesses do capital. Diante de todo esse processo têm-se ao longo da história, especificamente na trajetória brasileira, governos que lidam com essa pauta de forma diferente e específica em cada etapa. Em determinado momento da história brasileira observa-se o Estado com intervenção nesse campo por meio de estratégias, como as políticas sociais, como meio de buscar potencializar a redistribuição de renda, assim como, em outros momentos tem-se o a criação de estratégias de atuação mínima do Estado com políticas seletivas, opressoras e de reforço das desigualdades.

Diante de tantas contradições e desafios, é importante ressaltar que para compreender acerca da política de saúde nos marcos da sociabilidade burguesa torna-se necessário compreendermos o processo histórico que viabilizou o reconhecimento deste direito nos limites do modo de produção capitalista. A sociedade brasileira passa por vários processos de transição que vão desde o Brasil colônia, período no qual a escravidão era a principal forma da organização do trabalho, até o desenvolvimento do capitalismo monopolista, estágio de desenvolvimento das forças produtivas em que nos situamos na contemporaneidade.

Vale ressaltar que o modo de produção capitalista é regido pela lei geral da acumulação capitalista, onde a busca pela mais-valia<sup>2</sup> se baseia na fundante contradição deste sistema que se estabelece entre o aspecto coletivo da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. Diante desse processo, é possível compreender que o capitalismo trouxe consigo mudanças diretas no modo de produção, mudanças essas voltadas para atender e criar novas necessidades que anteriormente não existiam. Desse modo, para atender essa nova

---

<sup>2</sup> Valor excedente do qual o capitalista se apropria, uma vez que, o capitalista paga ao trabalhador “mediante o salário, o valor da força de trabalho [...]. Entretanto, durante a jornada, a força de trabalho produz mais valor que o valor requerido para tal reprodução; é desse valor excedente (a mais-valia) que o capitalista se apropria sem nenhuma despesa ou custo” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 106).

estrutura, o trabalho, que em seu sentido ontológico se realiza para a satisfação de necessidades, na ordem burguesa se estabelece sob a forma alienada, se transformando em trabalho abstrato, onde o sujeito não se reconhece no trabalho, não se realiza, e nem usufrui daquilo que ele mesmo produz, uma vez que realizar o trabalho abstrato é uma condição de manter-se vivo – vendendo sua força de trabalho (MARX, 2011).

No ciclo destas transformações, no século XIX a sociedade capitalista passa por importantes mudanças que afetaram não só a economia, como também a sociedade em seu âmbito político e social cujos desdobramentos são sentidos em períodos e intensidades distintas nos mais diversos países do globo. Tais mudanças caracterizaram o período que chamamos de capitalismo monopolista, que sucede o capitalismo concorrencial. O capitalismo monopolista tem como principal objetivo a exportação de capital e visa a acumulação dos lucros do capital monopolizando o mercado. Diante de todo esse processo houve um aumento nos preços das mercadorias e serviços, a elevação dos lucros nos espaços monopolizados, gerando o subconsumo, e, além disso, gerando a crise econômica e a exploração dos países de capitalismo dependente, onde a relação de produção dessas nações subordinadas, mas formalmente independentes, são voltadas para a reprodução ampliada e manutenção dessa relação de dependência. (MARINI, 2005).

O autor Florestan Fernandes (2005) denomina o modelo de capitalismo dependente como “produto de uma situação histórica em que o destino da sociedade fica submetido aos desígnios de burguesias que são incapazes de conciliar desenvolvimento econômico, soberania nacional e democracia”. Nesse sentido, com as expressões da questão social em evidência, o Estado precisou ir além da coerção, atuando também no consenso entre as classes, logo, o desenvolvimento nesse modo de produção capitalista à brasileira submete-se a outros mecanismos políticos de dominação, que vão para além da repressão. Diante dessa relação de dependência, deve-se ressaltar o cenário que compõe essa trajetória no Brasil, no qual Fernandes (2005, p. 111) destaca que “a economia brasileira produzia para fora e consumia de fora”.

Outro ponto importante acerca das bases de consolidação do capitalismo no Brasil diz respeito à incrementação da composição orgânica do capital, elemento interessante para explicação do subconsumo e desemprego estrutural do capitalismo, pois na medida em que há um investimento maior em maquinário, estrutura, há, por outro lado, um gasto menor com a compra da força de trabalho, elevando-se a exploração, a desigualdade e o desemprego. Nesse contexto histórico, essa contradição entre capital e trabalho agravam as expressões da questão social, e diante de um cenário em que o desemprego, a exploração da força de trabalho, e o

crescimento exponencial da desigualdade social estão em evidência, os rebatimentos na superexploração da força de trabalho se mostram ainda mais perversos em países de capitalismo dependente.

No modo de produção capitalista, a implantação das políticas sociais, enquanto estratégia de intervenção do Estado, dialoga diretamente com os resultados da luta dos trabalhadores em busca de direitos sociais, uma vez que, para a manutenção e reprodução do modo de produção capitalista é essencial o controle e a dominação das relações sociais de uma classe sobre a outra. Dessa forma, para compreender o significado e o papel do Estado na sociedade de classes, faz-se necessário compreender que em uma sociedade sustentada por interesses antagônicos, a classe dominante, isto é, a burguesia, precisa de um aparato que a mantenha no poder por meio de intervenções estratégicas, qual seja o Estado, que cumpre em si a finalidade não só de manter a ordem social, mas de atuar fortemente na sustentação do modo de produção capitalista. De acordo com Marx (1982, p. 25), o Estado é “uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência”.

Vale ressaltar que o Estado constitui-se enquanto um campo de disputa de interesses, no qual se desenvolvem regras que medeiam a luta de classes, de forma que este acaba atuando predominantemente como gestor dos interesses da burguesia (MARX; ENGELS, 2010).

Como o Estado nasceu da necessidade de conter de antagonismos das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida (ENGELS, 1997, p. 193).

Desta forma, os ciclos do capitalismo e os contextos sócio-históricos pelos quais o Brasil passou desde os princípios de sua fundação, onde a construção de uma política pública de saúde no Brasil era algo impensável, até os dias atuais, demonstram que o processo de construção dos direitos sociais também vai carregar consigo suas peculiaridades e determinantes construídos em uma economia de capitalismo dependente com marcas evidentes da trajetória nacional. Diante dessa perspectiva, Behring (2011, p. 64) pontua que

o surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações de forças e composições de força no âmbito do Estado.

Visto isso, pode-se dizer que na América Latina as políticas sociais se tornaram presentes tardiamente. Se enquanto na maioria dos países de capitalismo central o *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social) se consolidava ao longo do século XX, em países latino-americanos, como o Brasil, essa tendência não era realidade.

A transição do capitalismo competitivo ao monopolista no Brasil não foi presidida por uma burguesia com forte orientação democrática e nacionalista voltada à construção de um desenvolvimento capitalista interno autônomo. [...] Foi decisivo o papel do Estado nos caminhos trilhados pela modernização “pelo alto”, em que as classes dominantes se antecipam às pressões populares, realizando mudanças para preservar a ordem. Evita-se qualquer ruptura radical com o passado, conservando traços essenciais das relações sociais e a dependência ampliada do capital internacional” (IAMAMOTO, 2008, p. 120).

Portanto, a sociedade brasileira se configura hoje a partir da adaptação colonial ao capitalismo, no qual a realidade presente está carregada de características do passado.

Com a Independência do Brasil foi criado o estado nacional que trouxe consigo uma nova configuração para a sociedade. Porém, essas novas mudanças no modo de organização econômica não significaram a garantia de direitos à classe trabalhadora, significou uma nova configuração de mercado que passou a se organizar internamente, porém os traços do passado se faziam presentes no momento em que era necessário manter a ordem social burguesa, limitando assim a autonomia do país e trazendo reflexos conservadores do Brasil colonial para a nação.

Nessa configuração, o Estado atua como um aparato político interno que medeia o interesse antagonico das classes, mas de forma a manter a ordem social burguesa mistificando a barbárie que permeia a contradição capital x trabalho na sociedade. Portanto, apesar das ideias liberais estarem presentes na nova configuração independente, os traços do clientelismo e os reflexos perenes da escravidão estão fortemente presentes no Brasil, de forma que os privilégios da elite estão garantidos e a exploração da classe trabalhadora aumenta, de forma que no setor urbano a insatisfação da população também cresce. Nesse cenário de independência, a nova configuração do mercado interno se dá por meio da exportação, de forma que as políticas são reguladas internamente, a produção é voltada para exportação, bem como o consumo também é externo. Como aponta Behring (2011, p. 74)

a heteronomia, portanto, é uma marca estrutural do capitalismo brasileiro, e o processo de modernização (conservadora), consolidando o capitalismo entre nós, tenderá a mantê-la. Até porque, se há uma metamorfose das elites, no sentido de seu aburguesamento, esta foi acompanhada de uma aceitação dos controles estrangeiros na vida econômica dos país.

Portanto, o decurso do capitalismo no Brasil se dá por meio da adaptação do colonialismo às novas configurações que são postas por essa nova ordem, de forma que todo o passado da sociedade brasileira e suas peculiaridades estão de certa forma presentes nos dias atuais e influenciam diretamente na construção das políticas sociais brasileiras e na forma como o sistema capitalista se instaura no Brasil, como por exemplo, a presença de uma elite dominante que detêm privilégios em face da exploração de um segmento exponencial de trabalhadores.

Diante de todas as questões já abordadas, nota-se que o surgimento das políticas sociais no Brasil não aconteceu junto com o surgimento nos países de capitalismo central, especialmente pelo fluxo de sua construção marcada pela heteronomia e inserção dependente no panorama do capitalismo mundial.

Todo esse processo sócio-histórico que perpassa desde os tempos coloniais justifica a subordinação das nações de capitalismo dependente para com as nações de capitalismo central, inclusive no que se refere à capacidade de desenvolvimento, consumo e renda, o que evidência a desigualdade na concorrência no mercado e a contradição entre o capital x trabalho. Marini (2000. p.134) analisa esse processo de produção na América Latina para o mercado externo da seguinte forma: “na economia exportadora latino-americana, as coisas se dão de outra maneira, como a circulação se separa da produção e se efetua basicamente no âmbito do mercado externo”.

A primeira constatação é a de que o surgimento da política social no Brasil não acompanha o mesmo período histórico dos países de capitalismo central. A questão social já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho. É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classe e expressa a correlação de forças predominante. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambiente de restrição de direitos políticos e civis – como demonstra a expansão das políticas sociais do Brasil nos períodos de ditadura (1937-1945 e 1964-1984), que as instituíam como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como “pai dos pobres”, nos anos 1930. A distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje. (BERHING, 2011, p.79)

De acordo com Behring (2011) com base em Faleiros (2000), as características das políticas sociais do período da ditadura tem maior destaque às vinculadas às questões

trabalhistas como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a ampliação da previdência social para trabalhadores rurais por meio do FUNRURAL.

Ao longo do período da ditadura, houve a legitimação de importantes políticas voltadas à saúde e à previdência social, mas no campo da assistência social, para além de algumas pautas que também se enquadram na previdência, poucas iniciativas foram tomadas. Neste caso, cabe destaque para a Política Nacional de Habitação (PNH), a criação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), criação do Programa de Integração Social (PIS) para empregados em empresas privadas e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).

Cabe ressaltar que as políticas públicas e sociais não atendiam a todos/as, possuindo, portanto, caráter restritivo e seletivo. Estas políticas foram implementadas ao até a década de 1970, visto que na década de 1980 o regime militar começa entrar em colapso, grande parte responsável pelo esgotamento desse projeto societário se dando em decorrência do endividamento nacional – os setores privados foram os maiores responsáveis para o aumento da dívida, porém, o lucro era individual e a dívida socializada com o Estado (BERHING, 2011).

No advento da década de 1990, com a ascensão do neoliberalismo, tem-se a entrada no Brasil de um novo modelo de gestão do Estado. A tendência neoliberal traz como característica central a ideia do Estado mínimo para questões sociais e máximo para o capital, com grande intervenção no campo econômico com vistas a atender as demandas do mercado e as privatizações, inclusive no campo da saúde pública.

No entanto, frente a este cenário era necessário lidar com as expressões da questão social e seus apontamentos que soavam como direito do cidadão a partir da Constituição de 1988, que enfatizava como direitos sociais a educação (universalização da educação básica), saúde (Sistema Único de Saúde), trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à infância, assistência aos desamparados.

Sob esses moldes, o projeto neoliberal não tratou e não trata com atenção as políticas voltadas à garantia dos direitos da classe trabalhadora, tanto que sua opção é voltada para o ajuste fiscal que implica diretamente na redução de gastos com ações no campo social. De acordo com Berhing (2011), a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) foi sancionada em 1993 e só começou a ser efetiva em 1995, em meio a consolidação do Plano Real, porém a LOAS só atendia entre 15% e 25% da população que demandava esse serviço.

Algumas políticas sociais iniciadas de maneira tímida ao longo da década de 1990 foram aprimoradas e expandidas, como por exemplo o programa bolsa família, Minha Casa,

Minha Vida, PROUNI, cotas raciais e sociais para ingresso universidades públicas, aprovação do Estatuto do Idoso, da Pessoa com Deficiência, da Juventude e da Igualdade Racial, dentre outros. Apesar de tímidos avanços, há que se ressaltar tantos outros retrocessos que vieram decorrentes deste mesmo processo, especialmente aqueles relacionados ao intenso processo de desmonte do Sistema Único de Saúde que será aprofundado posteriormente.

## **1.2 Breve resgate da trajetória da política de saúde**

Para tratar a política de saúde no Brasil, é importante fazer um sucinto resgate histórico dos principais movimentos que ocorreram na sociedade, uma vez que a instauração do modo de produção capitalista trouxe consequências diferentes para países de capitalismo central e para países de capitalismo periférico. Ao abordar a assistência à saúde, deve-se levar em conta que essa luta está intimamente atrelada e determinada pela organização e luta dos trabalhadores, como vimos anteriormente. A luta da classe trabalhadora pela conquista de direitos sociais foi mediada pela intervenção do Estado em que se construíram políticas voltadas não exclusivamente para o campo da seguridade, bem como se expressam no âmbito do trabalho, mas em suma refletem o tensionamento da disputa de interesses pautada pelos e para os trabalhadores.

A lei da jornada de dez horas [a restrição legal da jornada de trabalho] não foi apenas um grande êxito prático; foi a vitória de um princípio; pela primeira vez, em plena luz do dia, a economia política burguesa sucumbiu ante a economia a política da classe operária. (MARX, 1956, p.354)

Ou seja, todo esse movimento na busca por direitos trabalhistas influenciou diretamente em outras esferas, inclusive no que se refere à área da saúde. Ao tratar da sociedade brasileira, observam-se diversas transformações que por sua vez influenciaram diretamente no processo de construção do direito a saúde no Brasil. A partir de 1937, instituem-se, legalmente, as Conferências Nacionais de Saúde, através do artigo 90 da Lei nº 378, de 13 de janeiro. A primeira Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941, cujo tema foi “Situação Sanitária e Assistencial dos Estados”. Posteriormente, estabeleceu-se a periodicidade de quatro anos para a ocorrência das conferências, que se realizaram com diferentes temas (CNS, 2011). Visto isso, acontece em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se debate o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, e apesar dessa discussão ser levantada já nessa conferência, isso vem a efetivar-se apenas depois na Constituição Federal de 1988 (CF 88). Anteriormente à CF 88, a saúde no Brasil não se dava na perspectiva do direito e, sim, no sentido da filantropia, bem como com forte

presença da iniciativa privada, voltada para a manutenção da força de trabalho para aqueles que podiam contribuir para tal.

É na transição do século XIX para o século XX que as iniciativas no campo da saúde já estão mais claramente ligadas às reivindicações dos trabalhadores. Por exemplo, no governo de Rodrigues Alves (1902-1906), a cidade do Rio de Janeiro, assim como várias outras, não tinha saneamento básico, o que facilitava a propagação de diversas doenças. Diante dessa situação, o então presidente contratou o médico Oswaldo Cruz que assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1903. Tal medida buscava aplicar diversas medidas autoritárias visando a erradicação de doenças como a peste bubônica, a febre amarela e a varíola. A DGSP foi criada pela Lei nº 429, de 10 de dezembro de 1896, e regulamentada pelo Decreto nº 2.458, de 10 de fevereiro de 1897. A DGSP tinha como principais objetivos: fiscalizar o exercício da medicina e farmácia; a direção dos serviços sanitários dos portos; pesquisa de doenças infectocontagiosas, assim como auxiliar os estados em situações de epidemias; e organização de estudos e estatísticas demográfico-sanitárias em todo Brasil.

Já no ano de 1904, o governo aprovou uma lei arbitrária que tornava obrigatória a vacinação antivaríola da população, o que causou grande revolta e debates. A população saiu às ruas e iniciou a Revolta da Vacina. Oswaldo Cruz acabou afastado. Posteriormente, já nos anos 20, a discussão acerca da saúde pública ganha espaço na busca pela amplificação dos serviços prestados. Nesse sentido, em 1920, surge como uma nova estratégia de ampliação e substituindo a Diretoria Geral de saúde Pública, o Departamento Nacional de Saúde pública (DNSP). O DNSP teve como diretor o sanitarista Carlos Chagas, que objetivou o movimento conhecido por Reforma Carlos Chagas, que se sustentou com base em dois Decretos, nº. 14.354 de 15 de setembro de 1920 e o nº. 3.987 de 02 de janeiro de 1920, que dispuseram sobre a criação e regulamentação do Departamento Nacional de Saúde pública.

Outro movimento no campo da saúde visando manter o controle sanitário da população brasileira ocorreu em 1921, quando o Carlos Chagas solicitou apoio para a implantação de um serviço de enfermagem em âmbito nacional e a americana Ethel Parsons, atuou na Missão Parsons, que consistia na criação de um serviço de enfermagem do DNSP e na criação de uma escola de enfermagem no Brasil. Logo, todo esse processo de nova organização na política de saúde nacional, indicou a intervenção de agências internacionais e a participação do Estado nesse campo, assim como era também uma forma de intervenção na crise política que estava emergindo nesse ano.

Posteriormente, emergiu como necessidade de intervenção a saúde do trabalhador, logo foram criadas as primeiras estratégias que consolidaram o sistema previdenciário



brasileiro. Diante de tais medidas, destaca-se a Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs tinham o seu financiamento realizado pela União; pelas grandes empresas empregadoras cujo presidente era indicado pela presidência da república; e pelos empregados. Tal serviço era oferecido inicialmente a empresas ferroviárias que tinham dez ou mais anos de prestação de serviços. Após a promulgação dessa lei, outras empresas de outros segmentos foram beneficiadas e seus empregados também passaram a serem segurados por esse sistema da Previdência Social, o que não foi de imediato, tanto que algumas empresas só conseguiram desenvolver esse serviço após 1930. Esse benefício visava oferecer ao trabalhador alguns serviços, tais como: aposentadoria por velhice, invalidez e por tempo de serviço, fornecimento de medicamentos, assistência médica e auxílio funeral. Nesses moldes, os benefícios eram proporcionais às contribuições. Diante de todo esse processo podemos perceber que a política de saúde no Brasil surge atrelada à política da previdência social, vinculada às CAPs.

Já entre os anos de 1930 a 1945, o Governo de Getúlio Vargas, conhecido como Era Vargas, incorpora a intervenção do Estado de maneira mais forte e nítida por meio da criação de instituições que buscavam enfatizar a questão trabalhista, de forma a atender a demanda do governo, que era a modernização e crescimento da economia, além de, especialmente, controlar a insatisfação popular. Durante esse período, as políticas sociais oferecidas eram voltadas apenas à categoria de trabalhadores assalariados. Santos (1993) denominou esse processo de políticas focalizadas e seletivas de "estratificação da cidadania", uma vez que era uma determinada categoria que acessava aos serviços que deveriam ser de caráter universal.

Ainda no governo de Getúlio Vargas foi criado o Ministério do Trabalho no qual foi fundamentada uma legislação trabalhista que atendesse tanto aos objetivos econômicos do governo, quanto às demandas postas pela população. Foram criados também os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), voltados aos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho de acordo com sua categoria profissional, constituindo-se em alguns dos primeiros serviços privados obtidos por empresas. Simonatto (1997, p. 16) evidencia que “os direitos sociais aparecem aqui de forma particularista, obtidos através da categoria profissional, e da ocupação exercida no âmbito do mercado, sendo a carteira de trabalho o certificado legal da cidadania”.

Vale ressaltar que nessa fase de desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, embora a consolidação das Leis do Trabalho (CLT) tenha trazido consigo alguns avanços incontestáveis, a classe dominante buscava, sobretudo, pautada na proposta do governo Vargas, o desenvolvimento econômico do país, visando um forte processo de industrialização,

que tem por consequência, a superexploração da força de trabalho, fazendo com que a intervenção do Estado se materializasse na criação de vários setores nacionais, visando o desenvolvimento industrial, enquanto as estratégias que deveriam atender à problemática social de maneira efetiva não foram incorporadas. A este movimento Santos (2012) denomina por binômio superexploração da força de trabalho e apassivamento.

No período que antecede 1964, apesar de mínimas melhorias das condições sanitárias em determinados períodos, as taxas de mortalidade na sociedade brasileira eram elevadas, assim como o quadro de doenças infecciosas. Tal cenário favoreceu a implantação de serviços médicos e hospitais privados a partir de 1950. Logo as empresas médicas privadas, voltadas a atender as demandas postas pelos interesses capitalistas, pressionavam o seu financiamento do por meio de recursos do Estado. Todavia, apesar da intensa demanda por privatização oferecida por essas corporações, a adesão a esses serviços aparecem pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos previdenciários.

A ditadura, que buscava um grande desenvolvimento político, econômico e até mesmo social, agravou os problemas que estavam postos para o Brasil, trazendo grandes mudanças para a sociedade. Para legalizar, naturalizar e manter o regime ditatorial, o Estado utilizou como fundamento a intervenção, que vimos por binômio “repressão-assistência”, na busca pelo controle da sociedade e manutenção da acumulação capitalista.

No período de 1964-1980, por meio da junção com os IAPs, o governo militar cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com a criação do INPS foi possível perceber o desenvolvimento da política de saúde pautada na indústria e na privatização, conforme aponta Bravo (2004, p. 27):

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médico-curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação do atendimento a clientela.

Esta configuração influenciou diretamente a saúde pública que se mostra, neste cenário, inclinada às aspirações do setor privado em expansão. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974, embora tivesse como proposta a descentralização dessa política social, acabou atuando em sentido contrário, impedindo a condução por unidade de federação, fato que incrementa o fator privatizante na saúde.

Diante desse cenário, juntamente com a com a incorporação de novas tecnologias que ocorreram, a política nacional de saúde enfrentou grandes desafios no que diz respeito a atender aos interesses do Estado, das empresas médicas e as novas demandas postas pelo movimento sanitário, ainda embrionário. O movimento da reforma sanitária surge nesse contexto histórico de ditadura militar voltada à reivindicações que diziam respeito não só a melhorias no campo do acesso à saúde, bem como apresentavam preocupações e questões relacionadas à sociabilidade vigente.

Paralelamente ao surgimento do movimento sanitário, destacam-se alguns acontecimentos relevantes para a sociedade brasileira, entre eles a anistia, o fortalecimento do sindicalismo operário, e o crescimento da inflação e da dívida externa que afetaram diretamente a classe média, com inflexões sensíveis no processo de acumulação capitalista.

Visto isso, é perceptível que a luta por uma política pública de saúde baseada nos aspectos do acesso universal e integral ganhou força e voz com o movimento sanitário, cabendo ao Estado a função de financiar, ofertar e prestar esses atendimentos. Portanto, diante desse cenário de efervescência política, o Estado se viu obrigado a atender parte das demandas colocadas pelos trabalhadores como forma de conter a pressão popular.

O período do governo Figueiredo (1979-1985) consolidou o aprofundamento da crise que culminou no fortalecimento do movimento sindical nesse período no Brasil. O sindicalismo brasileiro entre 1980 e 1984 concentrou sua luta na estabilidade do emprego e nos reajustes salariais. Deve-se destacar o movimento pelas eleições diretas para presidente, em 1983, que envolveu milhões de trabalhadores insatisfeitos com a conjuntura estabelecida. Era um momento composto de diversas reivindicações como: a luta pelo saneamento, água, luz e postos de saúde; a luta pelo fortalecimento do setor público e promoção da saúde. Assim sendo, a questão da saúde, assim como a busca pela democracia, ganham espaço nos movimentos sociais e em suas manifestações.

Visto isso, esse quadro impactou diretamente a política de saúde no Brasil, pois os movimentos sociais pressionaram e lutaram por melhorias nessa área também. Dentre os marcos, destacam-se a busca pela unificação da Política Nacional de Saúde e a mobilização dos profissionais de saúde que ultrapassaram o corporativismo, defendendo interesses coletivos em cujo processo a saúde passou a assumir uma dimensão política ligada, também, à luta pela democracia.

O Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) era usado como espaço de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia dentro do movimento sanitário. Dentre as propostas debatidas nesse espaço, é importante destacar a discussão acerca da

universalização do acesso a saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia de um novo sistema de saúde tanto na oferta e abrangência de serviços como na gestão. No que tange a questão da saúde do Brasil, diversos eventos importantes aconteceram a partir de 1984, como reuniões e discussões acerca das Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>3</sup>, que em termos orçamentários tinham peso expressivamente menor se comparado com a quantidade de recursos repassados para o setor privado, e o seminário realizado pelas Secretarias de Saúde dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, entre outros.

Por meio desses eventos, em 1984 foi possível a realização do V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde que tinha por objetivo fomentar a discussão e debates sobre a questão de saúde na sociedade brasileira. As AIS que estavam sendo desenvolvidas desde 1983, viabilizaram novos conceitos acerca da questão de saúde, embasados na descentralização, na universalização do atendimento e na participação comunitária. O documento final do encontro reforçava a estratégia das AIS como caminho para o Sistema Único de Saúde.

Como parte fundamental deste processo de reconhecimento do direito à saúde, está a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. As principais pautas abordadas foram: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento setorial. Dentre os debates, tem-se a compreensão de que

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1986, p. 04).

Nota-se que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, adota uma discussão diversa das anteriores num evento que contou com a participação de mais de 4.000 pessoas. Essa conferência representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade, na qual a classe trabalhadora ganha espaço no cenário político numa luta articulada à redemocratização do país. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à demandas relacionadas à sociedade como um todo, propondo-se não somente

---

<sup>3</sup> Foi estabelecida como estratégia, envolvendo além do Ministério da Previdência e Assistência Social, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e mais dois Ministérios: Educação e Saúde. A partir daí, a proposta se espalha para os demais estados.

como objetivo principal de conquista um Sistema Único de Saúde, mas incluído nesse processo o apontamento para a necessidade de construção de uma nova ordem societária.

Os debates da 8ª Conferência Nacional de saúde apontaram para algumas sínteses e reflexões importantes, como o avanço no conceito de saúde anteriormente restrito à ausência de doença. Dessa forma o direito a saúde

[...] significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CNS, 1986, p. 04).

As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram levadas adiante pela Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS) que sintetizaram as políticas de Ações Integradas de Saúde e criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em 1987, o SUDS. As propostas da conferência foram vistas de duas formas diferentes, a primeira como propostas equilibradas pelo movimento “Estatização Já!” e consideradas rígidas pelos setores privados que sequer participaram do evento. Logo, o setor privado agiu fortemente no combate à estatização da saúde durante o processo de construção da Constituição Federal de 1988 cujo resultado desses embates resultou no Art. 199 da Constituição Federal 1988 em que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988), ou seja, dando espaço para que as instituições privadas possam participar da assistência a saúde de forma complementar ao SUS. Em 1988, a Constituição Federal integra a saúde, a previdência e a assistência social no tripé da Seguridade Social.

### **1.3 Da década de 1990 aos dias atuais: o SUS em ameaça**

Posteriormente à Constituição Federal de 1988 é que o Estado assume legalmente a organização do atendimento à saúde, utilizando esse espaço para legitimar o governo, além da possibilidade de se ter a saúde como espaço rentável, de modo a fragmentar os serviços da saúde entre o setor público e o setor privado. Na CF 88, couberam cinco artigos voltados para a questão da saúde, artigos esses que constituem um Sistema Único de Saúde pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e da participação da comunidade através do controle social.

Diante disso, a saúde passa a ser definida 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 serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Posteriormente, para regulamentar a saúde no Brasil, é criada a Lei nº 8.080 de setembro de 1990, remetendo ao Estado a responsabilidade de formular e executar “políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Como princípios, tem-se a

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; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988 foi o maior avanço político no que se refere ao ganho de conquistas para a sociedade brasileira no que tange a garantia de direitos sociais no Brasil. Visto todo esse processo de luta, pode-se afirmar que o SUS é resultado de toda uma mobilização social em busca da democracia. No entanto, apesar de todo esse processo de luta pela saúde estar inscrito na Constituição Federal (1988) como direito, a brecha para a atuação do setor privado em caráter complementar transforma-se paulatinamente em um processo de privatização da saúde intensificado a partir da década de 1990.

A privatização no âmbito da saúde ocorre de diversas formas e compreender a saúde enquanto mercadoria na sociedade capitalista é essencial para entender o processo de privatização estruturante desse processo. Pois, apesar de ter sido forjado em meio a lutas e mobilizações da classe trabalhadora, a construção do SUS está cercada de preceitos que regulamentaram a mercantilização do direito a saúde na sociedade brasileira, uma vez que no Brasil o ideário neoliberal, consolidado nos anos 1990, contrapõe-se diretamente aos

princípios da reforma sanitária. Ou seja, limitando a abrangência e recursos do SUS e visando atender aos interesses do mercado, dando abertura legal para que o investimento privado atue fortemente nessa área, como por exemplo, com massificação dos planos de saúde que concorrem com os serviços públicos e que, conseqüentemente, aceleram o sucateamento do SUS.

Conforme Bravo (2004) destaca, em 1990 já é possível identificar nessa esfera duas vertentes que estão em debate: uma que apóia o processo de privatização e aparece com um projeto do capital que tem apoio de organismos multilaterais cuja vertente é conhecida por projeto privatista; já a outra vertente ligada ao projeto da reforma sanitária defende os princípios do SUS tal como preconizado em seus inscritos da lei orgânica da saúde. Sob a lógica da mercantilização do direito defendida pelo projeto privatista, o Estado se responsabiliza por efetivar ações mínimas na área saúde, ações focalizadas para atender aos usuários que não podem pagar pelo serviço. Logo, nota-se que esse processo incentiva a privatização dos serviços de saúde, criando um sistema de compra e venda, deixando o SUS com ações e serviços sucateados, focalizados e restritos apenas aos usuários de baixo poder aquisitivo, cabendo ao Estado um mínimo papel na efetiva garantia do direito a saúde. Essas são condições que desafiam a consolidação do SUS nos moldes debatidos e defendidos pela reforma sanitária na sociedade brasileira.

## CAPÍTULO II

### A POLÍTICA DE SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA: CONTRARREFORMAS EM CURSO E DESAFIOS ATUAIS

No Brasil, o Estado passa por um intenso movimento de contrarreformas que visam atender as necessidades do capital, processo esse que se intensificou ainda mais na área da saúde, uma vez que esse se tornou um nicho de grande potencial de obtenção de lucro para o capital.

De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em junho de 2019 o número de beneficiários<sup>4</sup> de planos de saúde chegou a mais de 47 milhões.

**Tabela 1: Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais**

Assistência Médica segundo Competência  
Período:Jun/2019

Competência	Assistência Médica
TOTAL	47.104.169
jun/19	47.104.169

Fonte: SIB/ANS/MS - 08/2019.

Diante de todo esse processo de privatização da saúde, é importante ressaltar que a mercantilização dessa área perpassa o forte incremento do mercado dos planos privados de saúde que cria um grande setor de serviços privados da saúde, como por exemplo, a indústria de equipamentos hospitalares e a indústria farmacêutica. Para além das expressões mais evidentes do estímulo à ampliação do setor privado na saúde, cabe salientar o processo de privatização não-clássica que se evidencia através dos novos modelos de gestão, de que são exemplos a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Organizações Sociais, OSCIPs e Fundações Estatais de Direito Privado.

---

<sup>4</sup> O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.



Como visto anteriormente, a construção do SUS é fruto de muita luta dos movimentos sociais, porém diante da maneira como está sendo articulada a política de saúde na cena contemporânea brasileira, novos rumos dessa conquista precisam assumir o centro da análise. Desde a década de 1990, os organismos internacionais executaram uma série de medidas que restringiram de forma significativa o papel do Estado na questão da saúde, o que impactou diretamente na efetiva consolidação do SUS.

Diante disso, uma das medidas decisivas no processo de privatização e contrarreforma na política pública de saúde, teve início de forma mais incisiva a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 1996 com a aprovação da Norma Operacional Básica – NOB, que impulsionava a contratação de serviços privados para gerenciar essa política, bem como a implantação das Organizações Sociais – OSs, que vieram como os novos modelos de gestão de entidades públicas de saúde e em várias outras áreas das políticas sociais.

Esse processo reflete diretamente a necessidade de expansão do capital nos serviços de saúde que acarretam grandes retrocessos por meio de uma ação focalizada, precária e seletiva do Estado, no qual esse não atuou de forma a criar uma política de saúde embasada nas diretrizes do SUS, que em seus princípios prevê uma política participativa e descentralizada.

## **2.1 A participação do Estado no processo de privatização da saúde: reflexões sobre os novos modelos de gestão**

A trajetória das transformações societárias brasileiras pautadas a partir da acumulação flexível intensificam o processo de desigualdade social e de sucateamento das políticas sociais desenvolvidas, assim como todo esse processo impactou diretamente nas funções do Estado para com as políticas públicas, inclusive no que diz respeito à saúde, que sofre diversos ataques. Logo, o que deveria ser central para o planejamento e execução de ações na saúde, foi negligenciado pelo Estado: os determinantes sociais da saúde (DSS), na perspectiva de totalidade, em que relaciona os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que afetam a saúde, não foi central para o planejamento e ações em saúde.

Vale ressaltar que todo o contexto histórico, não só no Brasil como no mundo, foi moldado por uma defesa e busca por mudanças econômicas e políticas de caráter neoliberais, que impactaram diretamente na política de saúde. Muitas das vezes essas propostas eram formuladas por organizações como o Fundo Monetário Internacional - FMI, a Organização Mundial da Saúde - OMS e o Banco Mundial – BM, com ênfase no Consenso de Washington de 1989, que uma de suas vertentes é o estímulo à privatização nos países da América Latina.

Especificamente no Brasil, na década de 1990, mesmo com a formulação de um sistema único de saúde que aponta para a construção da saúde pública, várias mudanças contrárias foram postas à sociedade evidenciando todo o processo contraditório pelo qual Brasil enfrenta nesse período, chamado de ‘reforma’ do Estado. Um exemplo é que em 1994 O BM cria uma série de propostas a fim de orientar a intervenção Estatal na área da saúde. Exemplo disso é o documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, que põe o Estado apenas no papel de financiar e controlar os serviços ambulatoriais e hospitalares, restringindo a sua oferta direta à população (RIZZOTTO, 2000). Portanto essas mudanças pelas quais o Estado passa, incluindo os modelos de gestão na área da saúde, são voltadas para o ataque aos direitos sociais, assim como na privatização de vários setores.

Visto isso, pode-se denominar essa proposta de intervenção enquanto uma contrarreforma, uma vez que o termo “reforma” refere-se a mudanças substancializadas em mínimos avanços e na construção de direitos sociais para a classe trabalhadora, mais especificamente as que aconteceram nos anos 80, entre eles inclusive está a Reforma Sanitária. Assim, como denomina Correia (2011, p. 44) “o eixo das contrarreformas do Estado dirigiu-se para a racionalização de gastos sociais e para o fortalecimento do setor privado”. Nesse sentido, todo esse processo de privatização vem enquanto parte de uma estratégia de financiamento do setor privado pelos recursos públicos. A privatização dos serviços públicos se dá por meio do repasse de recursos dos fundos públicos ou também pela isenção de impostos do setor privado, assim como a não execução (e gestão) de políticas sociais por parte do Estado.

Como visto anteriormente, a Constituição Federal 1988 e a Lei Orgânica da Saúde 1990 determinam que os serviços privados de saúde deveriam ter o papel de complementar o SUS, mas diante de todo esse processo de privatização, esse serviço privado torna-se substitutivo do público. Observam-se os governos brasileiros diante desse processo: o Governo de Fernando Collor de Mello, eleito pelo Partido da Reconstrução Nacional - PRN, marca de forma expressiva esse processo de privatização, que objetivando a diminuição de gastos, surge o “Plano Collor”, que privatiza serviços como os de água, gás, transporte, luz, entre outros por meio da venda de empresas estatais. No âmbito da saúde, o processo de privatização ocorre a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC por meio das novas formas de gestão do Sistema Único de Saúde. No ano de 1995, o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado - MARE criam o “Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado” como suposta proposta de reforma do Estado brasileiro. O governo

FHC, baseado na ideia de que era necessário “consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia” (BRASIL, 1995) aponta a estratégia de privatização baseada na redefinição do papel do Estado, em que a intervenção desse deveria ser “coordenar e financiar as políticas públicas e não executá-las, transferindo a execução destas para o setor ‘público não-estatal’ que na realidade é privado” (CORREIA, 2011, p. 43). Ou seja, o Estado viria a atuar de forma a simplesmente transferir recursos, distanciando-se da operacionalização direta da política.

A partir daí destacam-se duas ações nesse processo que o governo em curso chama de “publicização”, isto é, a venda de empresas públicas estatais para a esfera privada e a parceria público-privado que consiste no deslocamento de serviços “não-exclusivos” (atividades que são realizadas pelo Estado, assim como, também são realizadas por instituições privadas) de educação, pesquisa e saúde para o setor privado, no qual a gestão desses serviços passam a ser realizados pelo público-privado, onde o papel do Estado está mais voltado para financiamento desses serviços. Logo, o Estado passa a não intervir nas empresas que são vendidas para o setor privado e passa a ter um vínculo maior com as público-privadas. Todo esse processo, embasado na perspectiva de superação de crise, crescimento econômico e melhoria dos serviços prestados consiste incisivamente na privatização dos serviços públicos. Para legalizar e instrumentalizar essas estratégias de privatização, o governo cria novos mecanismos de gestão, dentre eles, temos as OSs.

As Organizações Sociais (OSs) foram criadas por meio da Lei 9.637, em 1998. Essa foi a primeira forma de gestão privada da saúde no que se refere à transferência de recursos do setor público para o setor privado por meio do contrato de gestão, que as OSs passam “a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado” (MARE, 1997, p. 14). Desta forma, as OSs surgiram voltadas para absorver as demais atividades realizadas por outros órgão e entidades.

Qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. (BRASIL, 1998).

Diante da perspectiva de justificar e legalizar todo esse movimento de privatização, as OSs estabelecem metas de desempenho como maneira de garantir a prestação de serviço de forma eficaz e com o pressuposto de reduzir gastos e aumentar a qualidade dos serviços prestados. Sob essa lógica, o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) produziu material teórico informativo em que as OSs foram o tema principal de um deles.

Nesses informativos o governo propunha uma suposta melhoria na prestação de serviços, buscando resultados com menos custo e tentava mistificar a privatização desses serviços classificando as OSs como “instituições públicas que atuam fora da Administração Pública para melhor se aproximarem das suas clientelas” (MARE, 1997, p. 15). Entretanto, atualmente notam-se contradições no que se diz respeito à proposta de redução de custos nessa relação entre o Estado e o privado, já que: No estado do Mato Grosso – MT, o Comitê da Saúde Pública, realizou uma denúncia na qual apontava uma divergência entre os recursos utilizados na saúde pública e os que eram repassados para as Organizações Sociais, sendo eles - enquanto um hospital recebia 16,7 milhões de reais para despesas com gastos médicos, o seu gasto era de 950 mil reais, o que representava uma suposta diminuição de custos em detrimento da substituição do público pelo privado e a outra era a de que um hospital administrado pelo setor público apresentou um crescimento de gastos 8 vezes maior do que quando o recurso repassado é gerenciado pelo setor privado, todavia, esse recebeu menos recurso do que as suas despesas (G1 MT, 2013). Visto isso, nota-se uma divergência de dados que leva ao questionamento de que se de fato a gestão privada dos serviços de saúde custam menos ao Estado do que a gestão totalmente pública.

As OSs, ainda têm mais uma particularidade que se difere do setor público. Essas instituições têm autonomia para contratar mão de obra “nas condições de mercado”, podendo adotar “normas próprias para compras e contratos” e tendo “ampla flexibilidade na execução do seu orçamento” (MARE, p. 15), ou seja, autonomia para intensificar a precarização dos contratos de trabalho, uma vez que, apesar do vínculo de trabalho ser embasado nos princípios da Consolidação da Lei Trabalhista (CLT), os trabalhadores devem se adequar ao regulamento específico da OSs nas quais está inserido.

Já no ano seguinte, mantendo de certa forma a mesma linha de privatização iniciada pelas OSs, surgem em 1999 as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que trazem como novidade a questão do “termo de parceria”, que atua de maneira mais abrangente nos processos de privatização e terceirização dos serviços públicos, o que facilita e legaliza essa relação com o setor público. Portanto, a OSCIP surge apenas como uma nova forma de gestão voltada para a mesma finalidade das OSs, sendo essa a utilização de convênios e prestação de serviço que visam o crescimento dos serviços privados em detrimento do público, tomando maior espaço.

Posteriormente é criada Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) que juntamente com essas estratégias, compõe o nicho dos novos modelos de gestão da saúde e de intensificação do processo de privatização da saúde pública, que veremos mais adiante.

Portanto, pode-se por assim dizer que esses são os principais exemplos de gestão da saúde criados a partir desse processo de privatização. Todas essas estratégias surgem como “uma complementação das ações privatizantes que os diferentes governos [...] desenvolveram no Brasil desde a abertura dos anos 1990 aos dias de hoje [...]” (GRANEMANN, 2011, p. 51). Visto isso, o conceito ampliado de saúde defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária e voltado ao Sistema Único de Saúde encontra-se ameaçado, fundamentado pelas estratégias de privatização que ofertam serviços focalizados, seletivos e limitados, reificando a ideia da impossibilidade do Estado em promover um serviço público, gratuito e de qualidade, fazendo com que o SUS pareça algo que não funciona, quando na realidade possui todas as condições de se efetivar desde que fosse incorporado com a devida prioridade governamental.

Posto isso, ainda nos anos 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS) retoma discussões acerca dos DSS e lançam o debate de “Saúde para Todos no Ano 2000”, cujas estratégias políticas buscavam atuar sobre a questão da desigualdade em saúde, o que não se efetivou.

Posteriormente, em 2002, Luíz Inácio Lula da Silva, representante do Partido dos Trabalhadores (PT) é eleito como presidente da república. Ele foi o primeiro presidente operário no Brasil, visto como um forte exemplo da classe trabalhadora, porém, nesse momento o Brasil notava os impactos da agenda neoliberal no âmbito social e no âmbito econômico a situação estava crítica, a inflação estava alta, assim como, a dívida externa também. Com a trajetória histórica de militância sindicalista, ao eleger Lula como presidente da república o povo demonstrou vontade de mudança e a insatisfação com o rumo que o Brasil havia percorrido. Nesse momento tinha-se uma grande expectativa de mudança por meio do governo Lula, esperava-se a implantação de um novo plano governamental, no qual o Estado ocupasse um espaço maior no desenvolvimento social e econômico (BRAVO, 2001). Mas o governo do presidente Lula atua na continuidade das estratégias econômicas neoliberais com a manutenção de estratégias sociais focalizadas e a expectativa do povo para com o governo não foi alcançada de maneira ampla como era esperado.

No âmbito da saúde, a expectativa era voltada para a ideia de que o Movimento da Reforma Sanitária fosse fortalecido, porém, apesar de algumas inovações nesse campo, houve a continuidade do processo de privatização. Bravo (2001, p. 16) analisa algumas características que apontam para inovação:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e a sua

realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Nota-se a tentativa da representatividade do Movimento Sanitarista, por meio de diversas ações, porém, os princípios desse movimento não foram efetivados e as estratégias de privatização foram fortalecidas por meio ações como o incentivo aos novos modelos de gestão do SUS, como as OSs, OSCIPS e a mais recente criada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Neste período, nota-se um maior investimento em programas sociais voltados para a alimentação e moradia da população que vivia em condições de extrema miséria. Vale inclusive ressaltar que a criação e execução desses programas sociais não extinguiram as expressões da questão social, mas atuaram de forma a amenizá-las. Quanto ao processo de privatização voltada ao ataque aos direitos sociais, o governo do PT aprova a contrarreforma da Previdência Social. Junto a isso, tem-se uma “privatização dos recursos públicos e ampliação dos espaços de acumulação do capital” (BRAVO, 2004).

Em 2004, a Portaria Interministerial nº 1000 é lançada no dia 15 de abril que tinha por finalidade unificar os Hospitais Universitários (HUs), o que intensificou o sucateamento desses espaços, assim como a formação em saúde ficou ameaçada com o intenso processo de precarização. Diante disso, os HUs, hospitais escola e hospitais auxiliares de ensino passam a ser denominados unicamente como hospitais de ensino.

A questão da saúde no Brasil segue sofrendo com as consequências de uma política macroeconômica, onde a disputa entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista permanece em curso e o governo atua de forma a favorecer a lógica da mercantilização do direito, sem debater os pontos principais da saúde pública como “a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18). Portanto, os desafios seguem presentes nesse momento.

Na área da saúde, nota-se nesse período, a articulação de alguns movimentos de resistência como conferências que buscavam fortalecer o controle social, entre elas destaca-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003 com a temática “A saúde que temos e a saúde que queremos” e outras conferências que abordavam temas relacionados à educação em saúde, a saúde bucal, do trabalhador e saúde indígena. Ainda no governo Lula, em 2005, foi realizado o Oitavo Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, que contou com a participação de 800 pessoas. Nesse simpósio foram formuladas propostas que reafirmavam o

comprometimento com os princípios da universalidade do acesso e a integralidade das ações em saúde.

Já no segundo mandato, em 2007, foi apresentado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) como proposta que surge como o terceiro modelo de gestão de saúde. Essa Fundação é definida como “pessoa jurídica oriunda do direito privado” (BRASIL, 2007, p. 6). Observa-se que nesse “novo” modelo de gestão, os vínculos trabalhistas também se dão por meio da CLT e as precarizações do contrato de trabalho (plano de carreira, emprego e salários) permanecem.

Quanto ao financiamento da FEDP, destaca-se a manutenção do repasse de fundo público para o setor privado. Além desse modelo de gestão ter autonomia financeira, gerencial e orçamentária, a Fundação recebe “imunidade tributária sobre o patrimônio, renda ou serviços relacionados com suas finalidades essenciais” (BRASIL, 2007, p. 22). Todavia, essas instituições permanecem alicerçadas na lógica do direito privado. Visto isso, tem-se novamente instaurado um processo de transferência de recurso do público para o setor privado, que por sua vez possui autonomia para administrá-lo de acordo com seus interesses e prioridades. “A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores” (GRANEMANN, 2011, p. 52).

Como reação contrária à criação da FEDP e visando melhorias rumo à políticas universais, buscando a real autonomia dos conselhos de saúde em relação ao governo, o controle social<sup>5</sup> se posiciona na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007. A Conferência apresentou como tema principal “Saúde e Qualidade de Vida” e adotou como frente de luta o fortalecimento da estratégia de participação social no que diz respeito ao enfrentamento das questões que comprometiam a efetivação do Sistema Único de Saúde. No entanto, o programa do governo Lula conhecido como “Mais Saúde”, criado em dezembro de 2007, abarca o projeto da Fundação Estatal de Direito Privado que foi aprovada a partir de 2007 em diversos Estados.

No que diz respeito ao controle social, a estrutura governamental da FEDP “é colegiado e composto dos seguintes órgãos de direção superior e administração: (a) Conselho de Administração; (b) Diretoria-Executiva, (c) Conselho Fiscal e (d) Conselho Consultivo

---

<sup>5</sup> O Controle Social é a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações do Poder Público. O documento afirma o entendimento do cidadão enquanto ator político e, portanto, aponta a busca pelo aperfeiçoamento dos “mecanismos de relacionamento com a sociedade civil” (BRASIL, 2007, p. 24).

Social” (BRASIL, 2007, p. 24). Como órgão de direção da FEDP, tem-se o Conselho de Administração, ao qual cabe a responsabilidade de controlar e fiscalizar, assim como atuar na aprovação de metas estabelecidas. O gerenciamento financeiro, patrimonial, técnico, administrativo e assistencial é realizado pela Diretoria. A função de fiscalizar fica a cargo do Conselho Fiscal e ao Conselho Consultivo Social cabe a função de orientar a administração quanto aos interesses da sociedade para com a fundação, “bem como acompanhar e avaliar o desempenho da entidade, de forma a garantir o alinhamento do processo decisório aos interesses públicos” (BRASIL, 2007, p. 26). Vale ressaltar que a autonomia desse conselho pautado na participação social é restrita, uma vez que, esse é subordinado ao Conselho de Administração. Portanto, a estrutura dessa fundação explicita qual é o real papel da participação da sociedade civil nesses espaços, uma vez que essa possui um pequeno número de conselheiros comparado com os demais e intervém apenas de maneira consultiva e por consequência subordinada à administração.

Ainda no governo do PT, no ano de 2009, dando continuidade ao processo de privatização e de desmonte do Sistema Único de Saúde a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde relaciona algumas ações do âmbito federais direcionadas a priorizar os serviços de atenção especializada em detrimento do fortalecimento e do incentivo dos serviços de atenção básica, sendo elas o aumento de contratos voltados aos serviços privados e o encerramento de diversos serviços públicos, a não regulamentação da Emenda Constitucional número 29 que garantiria os recursos mínimos para serviços e atividades públicos de saúde e a precarização dos vínculos trabalhistas na esfera pública. (BRAVO; MENEZES, 2011), (BRASIL, 2000). Além dessas ações específicas, vale ressaltar que pouco depois a Presidenta Dilma Rousseff (PT) sinaliza que o governo estaria disposto a adotar diferentes modelos de gestão do Sistema Único de Saúde e de incentivar a criação de contratos com setor privado no âmbito da saúde. Diante disso, o Poder Executivo criou uma nova modalidade de instituição, como previsto na MP, que estaria vinculada ao Ministério da Educação voltada a administrar qualquer unidade hospitalar vinculada às universidades atreladas ao Sistema Único de Saúde. Proposta pela Medida Provisória nº 520 de 2010, esta foi repudiada por diversas entidades, entre elas a Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA) e o Sindicato Nacional dos Docentes e das Instituições de Ensino Superior (ANDES). Porém, a criação da EBSEH veio a ocorrer somente em 2011, com a aprovação da Lei nº 12.550, autorizando o Poder Executivo a instituir essa nova modalidade de gestão.



No primeiro semestre de 2016, Dilma Rousseff é substituída interinamente por Michel Temer, até então vice-presidente do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), e a partir daí inicia-se oficialmente o processo de impeachment da presidenta, e já no segundo semestre, Dilma é afastada da presidência da república. Inicia-se então no Brasil um intenso fortalecimento do projeto neoliberal, como acontecera em períodos anteriores. Portanto, esse novo governo é caracterizado pelo avanço nos cortes de verbas e na retirada de direitos já conquistados, fortalecendo todo o processo de desmonte de políticas públicas em diversas áreas. Para descrever tal retrocesso, cita-se a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 241, que foi anunciada em outubro de 2016 cujas propostas desestruturam e atacam diretamente o futuro da saúde e da educação pública em todo país a partir do congelamento dos gastos por 20 anos. Logo, o desmonte da saúde pública, assim como o de outros serviços públicos, estava avançando a longos passos. Nesse período, tal medida do governo foi duramente criticada por diversos movimentos sociais, que realizaram diversos protestos contra essa medida governamental que ficou conhecida como “PEC do Fim do Mundo”, e mesmo assim o governo não estava aberto ao diálogo e avançou nos ataques.

Como abordado anteriormente neste trabalho, relativo às contas públicas do segmento em 2017, o governo gasta R\$ 3,48 ao dia, para arcar com as despesas da população brasileira (aproximadamente 207 milhões de pessoas). Esse gasto abarca os três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>6</sup>, a partir de dados oficiais, naquele ano, o gasto por habitante com saúde em todo o país foi de R\$ 1.271,65. De acordo com a lei, os investimentos mínimos realizados por cada segmento são realizados por meio dos recursos arrecadados com impostos e transferências constitucionais e legais. No que tange o Distrito Federal e os Estados, o investimento deve ser de pelo menos 12% do total de seus orçamentos. Quanto aos municípios, o valor investido deve ser de no mínimo 15%. Para a União, pelos próximos 20 anos, o investimento deve ser de no mínimo 15% da receita corrente líquida, mais a correção da inflação.

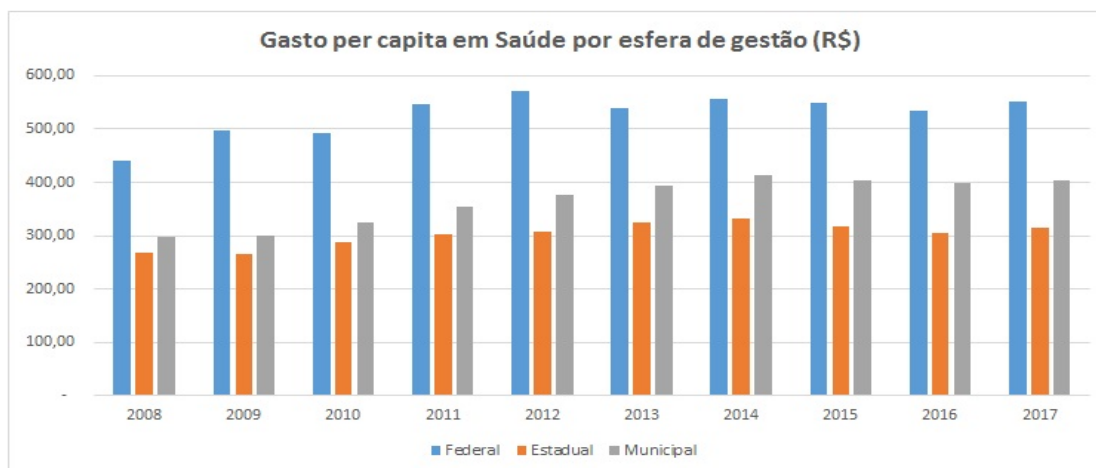
Segundo o Conselho Federal de Medicina, os gastos dos três segmentos (Estado, Município e União) em 2017 foram de 262,8 bilhões de reais, nesse valor está contabilizado os serviços e ações de melhorias do SUS. Porém, Carlos Vital, presidente do CFM, analisa

---

<sup>6</sup> As informações levantadas pelo CFM consideraram as despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) declaradas no Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Ministério da Saúde.

que os indicadores de saúde<sup>7</sup> e as condições precárias de trabalho no setor da saúde explicitam que o investimento ainda está abaixo do necessário para atender as demandas postas pela população brasileira, influenciadas por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico. Segue gráfico que representa os investimentos no setor da saúde:

**Gráfico 2: Gasto per capita em saúde por esferas de gestão (R\$)**



Fonte: Conselho Federal de Medicina

O CFM aponta como principais causas de aumento da procura de serviços de saúde de alta complexidade o crescimento na incidência de doenças crônicas, o envelhecimento da população e o crescimento das causas externas, como por exemplo, acidentes, violência, entre outros. O Conselho cita também o aumento do desemprego como causa da redução dos usuários dos planos privados de saúde. O CFM destaca que quase 3 milhões de brasileiros deixaram de usar esse serviço privado de saúde, processo este que impactou no crescimento do número de usuários nos serviços de cuidados básicos e ambulatoriais. O conselho defende que o combate à recessão, o cumprimento das metas fiscais ou o equilíbrio das contas públicas, bem como o crescimento econômico não podem ser justificativas para legalizar e adotar medidas de restrição orçamentárias à saúde pública, pois tal ação compromete

<sup>7</sup> Os Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. (RIPSA: Indicadores e dados básicos para saúde no Brasil (IDB). Conceitos e critérios).

diretamente a prestação de serviços à sociedade, assim como o acesso da população aos serviços de saúde.

Desta forma, os serviços públicos foram duramente atacados e precarizados de várias maneiras, de forma que o Estado se omitiu da responsabilidade direta com as nossas políticas sociais. Todo esse processo serviu como justificativa e embasamento para que a privatização se tornasse a única solução para que o Brasil de recuperasse da “crise”, logo, a saúde também foi colocada sob ameaça.

Atualmente, ainda na perspectiva de desmonte da saúde pública visando os interesses do capital, o governo Temer anunciou uma medida proposta pelo ministro da saúde Ricardo Barros. São os planos de saúde acessíveis, que consistem na flexibilização da regulação da saúde suplementar, que visa facilitar a inserção de planos de saúde privados “acessíveis”, ou seja, com menor cobertura e preços mais baratos, no mercado. Essa medida foi enviada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério para apreciação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com algumas propostas, como a diminuição dos prazos de atendimento médico, maior liberdade para reajuste e garantia de que o usuário possa pagar até metade do valor dos procedimentos em planos com coparticipação, entre outras. O documento enviado pelo Ministério da Saúde à ANS apresenta três “novos serviços” como propostas de serem lançados no mercado de saúde suplementar. O primeiro é o que eles chamam de “plano simplificado”, que não abrange o acesso à internação, a terapias, exames de alta complexidade<sup>8</sup>, e atendimentos de urgência e emergência. O segundo é o “plano ambulatorial + hospitalar”, que oferece cobertura de atenção primária, secundária e terciária, mas com a ressalva de que quando houver a indicação para atendimento hospitalar, o usuário pode ser encaminhado para outra avaliação médica, visando confirmar a real necessidade para o encaminhamento do procedimento. Além disso, o texto da proposta ressalta que “a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular”. Essa colocação está relacionada à outra parte do documento, que afirma ser “necessária a flexibilização do rol de procedimentos da ANS”. O terceiro é o “plano em regime misto de pagamento”, que prevê a coparticipação, ou seja, os usuários devem pagar uma parte das consultas, exames, serviços hospitalares e até “medicina preventiva”, além da mensalidade. “Fica sob responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato”, diz o texto que, no tópico

---

<sup>8</sup> É um conjunto de procedimentos que, no contexto do Sistema Único de Saúde, envolve equipamentos de alta tecnologia e alto custo.

anterior, em que enumera princípios norteadores, propõe que essa coparticipação possa chegar “ao menos” a 50% do valor do procedimento.

Diante disso, é necessário compreender que todo esse processo que privilegia e incentiva o setor privado em detrimento do setor público se configura através da necessidade material da classe burguesa em obter lucro. Isso justifica o motivo pelo qual ao longo do percurso histórico brasileiro esse processo de privatização é perene, onde nota-se a criação de serviços públicos que posteriormente são repassados ao setor privado, evidenciando o caráter neoliberal de omissão do Estado diante de suas responsabilidades. Logo, enquanto a burguesia domina os meios de produção, a classe trabalhadora é superexplorada e a desigualdade social cresce a partir da intensificação da mercantilização dos direitos sociais que foram arduamente conquistados, sendo essa mais uma maneira do capital gerar lucro por meio da precarização do acesso a direitos sociais. Nesse processo, os novos modelos de gestão vão contribuir de forma a manter a “apropriação privada dos fundos públicos da saúde” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 35).

A partir destes elementos, faz-se necessário analisar de maneira crítica quais são os impactos dessas medidas no campo do direito à saúde pública diante desse processo de privatização, uma vez que um direito social que foi conquistado por meio de muita luta, debates e mobilizações é viabilizado por meio de uma política pública, mas é gerido pelo setor privado, setor esse que prioriza as demandas da classe dominante e interesses antagônicos à dimensão universal e integral do atendimento prevista na construção do SUS.

Outro ponto importante a se destacar em todo esse processo é a superexploração da força de trabalho que se intensifica diante dos ditos novos modelos de gestão, seja por meio da precarização dos contratos de trabalho, nos quais a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, assim como a estabilidade no trabalho, são bem mais frágeis do que comparados aos dos servidores públicos que exercem a mesma função, mas vale ressaltar, que esse setor também está ameaçado diante da conjuntura brasileira de (des)governo. Destaca-se que a fragmentação da classe trabalhadora cresce, uma vez que, não são definidas condições igualitárias ou minimamente semelhantes de trabalho, logo, a possibilidade dos trabalhadores se identificarem enquanto classe para si, ou seja, construir a consciência de classe, de reduz significativamente, pois a competição e o individualismo são incentivados pelo capital a todo o momento.

No mesmo sentido, a fragmentação da classe trabalhadora, assim como as condições de trabalho, dificulta, a construção de reivindicações coletivas e é importante destacar que a partir do momento em que o trabalhador não tem estabilidade no trabalho, o ato de compor e

participar de greves e mobilizações sociais representa risco à manutenção do vínculo empregatício e esse trabalhador tem grandes chances de sofrer retaliações e até mesmo ser demitido. Logo, a fragmentação da classe trabalhadora impacta diretamente na conquista de direitos, inclusive na saúde, uma vez que, esses se dão por meio de lutas e reivindicações coletivas.

## **2.2 Retração de direitos e Serviço Social: implicações de uma conjuntura regressiva sobre o exercício profissional**

Para compreender acerca da atuação do/a Assistente Social, não somente na saúde, mas em todas as outras esferas de atuação, deve-se levar em conta a conjuntura regressiva de direitos na qual esse profissional está inserido, assim como é necessário considerar toda a discussão crítica sobre as estratégias de privatização na saúde nessa sociedade dividida em classes. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2009, p. 15) a nova configuração da política de saúde impactou diretamente a atuação do/a assistente social em diversas esferas como nas condições de trabalho, na formação profissional, na ampliação da demanda, nas influências teóricas e na relação com outras profissões e com os movimentos sociais.

As alterações no setor da saúde demandaram que as profissões buscassem se adaptar ao novo contexto, especificamente embasados pelo Sistema Único de Saúde. No que tange o Serviço Social, a revisão profissional acontece de maneira mais ampla, afinal as discussões acerca da profissão vinham acontecendo desde a década de 1960 com o Movimento de Reconceituação na América Latina. Todo esse processo, juntamente com as discussões acerca das dimensões ético-política, técnico-profissional e teórico-metodológica culminou em uma nova autoimagem profissional. Especificamente na sociedade brasileira, esse processo do Serviço Social aliou-se à luta da população na busca por democracia e influenciou na discussão de um novo projeto profissional, que resultou no projeto ético-político da profissão.

A inserção do/a assistente social no campo da saúde vem sendo conquistada ao longo de todo o processo de lutas e movimentos sociais que construíram essa esfera. A atuação desse profissional é voltada para as diferentes formas de promoção de saúde, sabendo ele identificar a multiplicidade dos fatores que afetam as condições de vida da população. “Os/As assistentes atuam na saúde no âmbito da mobilização, participação e controle social; o atendimento direto aos usuários; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2009, p. 41).

O/A assistente social é reconhecido enquanto profissional da saúde por meio da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 218, de 06 de março de 1997, que dispõe:

Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. II – Com referência aos itens 1, 2 e 9 a caracterização como profissional de saúde dever ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do Trabalho e aos Conselhos dessas categorias (CNS, 1997).

Também se tem a resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº. 383, de 1999, que resolve:

Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções [...] (CFESS, 1999).

A atuação do/a assistente social se dá por meio da multidisciplinaridade que consiste na composição de profissionais de diferentes formações em uma mesma equipe. Essa prática proporciona a aproximação do conhecimento de diversas áreas e o/a assistente social tem nesse momento a oportunidade de construir respostas às demandas contraditórias engendradas na própria sociedade, sendo necessário que o profissional lance mão de um olhar amplo para buscar compreender a dinâmica de determinada realidade na qual os usuários encontram-se inseridos. O trabalho em equipe faz com que o/a assistente social disponha de ângulos particulares de observação no que tange a interpretação das condições de saúde do usuário e também é uma condição para realização de suas ações, isso é o que o diferencia do médico, do enfermeiro, da nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, p. 46).

A Política de Saúde, reconhecida pela CF 88 como “Direito de Todos e Dever do Estado”, vem sendo implementada e efetivada através do Sistema Único de Saúde. Com a criação do SUS os espaços de atuação profissional do assistente social foram ampliados. Como vimos anteriormente, o crescente processo de privatização traz como consequência o aumento das expressões da questão social e diante dessa demanda os/as Assistentes Sociais são chamados para atuar de forma a amenizar os impactos dessas expressões sobre a classe trabalhadora. Logo, o/a assistente social que atua na saúde deve ter clareza quanto à quais são as suas atribuições e competências, assim como também atuar na busca e na defesa da garantia de acesso a direitos, para buscar construir uma sociedade menos desigual; deve-se

também considerar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social adota a liberdade como princípio central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e a ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras e propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação ou exploração de classe, etnia ou orientação sexual (CFESS, 2009 p. 33).

Na área da saúde, assim como em várias outras, os/as assistentes sociais tem um grande desafio profissional ao enfrentar os limites de atuação assim como debater sobre as estratégias que podem ser operacionalizadas na perspectiva de combater a privatização da saúde e de defender o caráter público dessa política. De acordo com o CFESS, “a atuação profissional do/a assistente social deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que se refletem nos diversos níveis de serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica” (CFESS, 2009 p. 20). Portanto, para uma atuação que compactue com essa proposta é necessário que esse profissional conheça as políticas que norteiam a área na qual ele irá atuar e busque compreender o contexto o qual está inserido.

A atuação do/a assistente social se dá em meio aos interesses antagônicos em relação à consolidação do Sistema Único de Saúde, logo a sua inserção nesse campo é cercada de diferentes demandas. Conforme destaca Iamamoto (2008), no modo de produção capitalista diversos impasses são postos no cotidiano profissional e que exigem atenção desse profissional e é dessa maneira que o/a assistente social deve reconhecer as contradições postas no seu cotidiano profissional. Segundo o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), o profissional é influenciado pelo setor privado a atuar “na seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”, e em oposição, o Movimento de Reforma Sanitária apresenta ao Serviço Social demandas como: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

Ainda conforme os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) para a atuação desse profissional é necessária a reafirmação do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social como parâmetros de atuação

que fomentem a melhoria dos serviços prestados e que defendam a atuação dos/as assistentes sociais tendo em vista a concepção ampliada de saúde.

De acordo com os parâmetros para a atuação do/a assistente social (2009, p. 23), é essencial que a atuação da profissão Serviço Social na área da saúde esteja articulada com o movimento de usuários e profissionais da saúde que se mobilizam pela real efetivação do Sistema Único de Saúde, assim como, viabilizar o acesso de todo usuário aos serviços de saúde, buscar potencializar a participação dos sujeitos no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na fiscalização, gestão e construção das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados; buscar construir de maneira efetiva e coletiva com os demais profissionais da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação da população; elaborar projetos educativos permanentes; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido. Nesse sentido, Matos e Bravo (2004), destacam que

cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. (MATOS, 2003; BRAVO & MATOS, 2004).

Diante de toda discussão acerca da privatização da saúde, entende-se que esse processo impacta diretamente na precarização do trabalho e, conseqüentemente, na precarização do atendimento em saúde e na garantia de acesso a esse direito, o que gera um acirramento na disputa entre o modelo do Movimento Sanitário – sustentado na “democracia de massas, com ampla participação social” em defesa do controle social, da democratização, a universalização; e o modelo de saúde privatista neoliberal, embasado por uma “democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos”, devido a ampliação das estratégias de privatização e redução do papel do Estado (BRAVO; PEREIRA, 2007, p. 198-199).

Diante da privatização do setor da saúde, é evidente que os serviços que estariam disponíveis sofrem uma redução, logo o princípio de “universalidade de acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1988) e o de “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1988) não se concretizam de acordo com a necessidade de cada usuário, mas sim de acordo com o poder aquisitivo do usuário que acessa aos serviços de saúde, ou seja, privilegia um determinado grupo de usuários enquanto outro grupo sequer acessa aos serviços, entrando em contradição com o princípio da igualdade e universalidade onde a saúde é vinculada ao mercado. Portanto, nota-se várias ações que



estimulam as estratégias de privatização, como o subfinanciamento do setor que prevê assistência mínima aos usuários que não podem pagar pelos serviços de saúde, sendo assim um rompimento com o princípio da universalidade; a terceirização dos serviços de apoio diagnóstico, ambulatorial e hospitalar por meio da contratação de instituições privadas; a transferência de atribuições do Ministério da Saúde para o setor privado (BRAVO; MATTOS, 2004). Diante de todo esse processo, se faz necessário problematizar acerca de alguns dos princípios do Sistema Único diante da privatização.

Ao tratar a instabilidade de vínculo trabalhista do profissional da saúde, faz necessário discutir sobre um o princípio da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, o princípio de longitudinalidade, que se constitui da busca pela continuidade do cuidado em saúde, para tal é necessário que se desenvolva um vínculo do usuário com o serviço, esse vínculo acontece por meio da mediação do profissional da saúde. Logo, quando se há a instabilidade quanto a permanência do profissional da saúde em seu ambiente de atuação a efetivação desse vínculo se torna difícil.

Ao tratar dos princípios de direito à informação e participação da comunidade, se efetivam de forma contraditória na esfera privada, uma vez que, no “colegiado”, a capacidade de intervenção da sociedade não é efetiva e a sua participação é mínima e o direito à informação não se resume à disponibilidade desses dados de forma pública, seria necessário que esses dados estivessem compreensíveis e acessíveis a todos. Porém, ao gastar o dinheiro público num espaço privado e apresentar algumas contradições, não deve ser de interesse dessas instituições a socialização de determinadas informações, pois refletir sobre as contradições apresentadas é um risco à manutenção desse serviço, logo, considera-se que dessa forma o direito à informação pode ser afetado negativamente nesse processo.

Nesse contexto vale ressaltar a relevância das ações que o/a assistente social utiliza em suas intervenções na saúde, são intervenções pautadas na Lei de Regulamentação da Profissão, que definem as competências e atribuições dos/as assistentes sociais e no Código de Ética da Profissão, respeitando e implementando as atribuições e competências dos mesmos nos ambientes de trabalho na saúde, nessa perspectiva o profissional assistente social deve orientar-se por uma prática crítica, reflexiva, com aspecto de intencionalidade e participação, permitindo a compreensão da realidade social. Para Bravo e Matos (2009), para uma atuação competente do Serviço Social no campo da Saúde, o profissional deve

estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; • conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; • facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; • buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; • estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; • tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; • elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; • efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p. 30).

Tais ações são voltadas a orientações reflexivas, socialização de informações, que podem ser feitas com os usuários por meio de abordagens individuais ou coletivas, que buscam a conscientizar o usuário e despertar um olhar crítico desse indivíduo em meio a esse processo, atuando na construção da autonomia desse sujeito, assim como a viabilização do acesso desse usuário aos serviços de saúde e a construção de políticas que busquem atender as demandas da população. Para tal, é necessário compreender os campos de atuação do/a assistente social na saúde, bem como suas atribuições.

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários ao serviço e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias (BRAVO (2009, p. 29).

Outro aspecto que influencia diretamente na atuação do/a assistente social, não somente nesse espaço, como em vários outros, é o cotidiano dos serviços, onde são postas diversas questões operativas que são reflexos da retração de direitos e ataques sofridos, como por exemplo a demora no atendimento, bem como a abrangência dos serviços oferecidos aos usuários, corte dos recursos disponíveis, burocratização, entre outros.

Além da luta para ocupar os espaços de saúde e da luta contra o desmonte da saúde pública, muitas vezes o/a profissional encontra outras dificuldades. Conforme afirma Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais na área da saúde é mediada pelo reconhecimento

social da profissão e por um conjunto de necessidades que são redefinidas a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. E apesar da implementação do SUS na década de 1990 propor novas formas de organização do trabalho na saúde como, por exemplo, a universalização, a descentralização e a participação popular, as contradições surgem com as contrarreformas na saúde e nas outras esferas, pois como vimos a saúde está relacionada não somente a ausência de doença, mas também às condições gerais de vida, portanto ao atacar os direitos sociais no âmbito trabalhista, previdenciário, na educação, entre outros, ataca-se diretamente na condição de saúde do indivíduo.

### **2.3 A importância das resistências no campo da saúde em contexto de acirramento da luta de classes**

Diante da atual conjuntura, na qual o governo ataca duramente a classe trabalhadora, é um trabalho árduo e desafiador construir estratégias que busquem a garantia dos direitos. Primeiramente, faz-se necessário apontar que os direitos só existem fruto de mobilização social. Assim, entende-se que o direito social deve ser visto como conquista, contrapondo a ideia de que o governo distribui direitos por ‘vontade’ específica ou particular.

Atualmente o governo brasileiro ataca duramente a classe trabalhadora, retirando direitos e retrocedendo em diversas esferas e devido ao intenso crescimento de medidas neoliberais, como a terceirização dos serviços de saúde e a focalização das políticas sociais, uma forte ameaça para a saúde pública é a efetivação do Sistema Único de Saúde nos moldes em que foi preconizado. Logo, o desafio atual é lutar na busca pelo fortalecimento da efetivação do Projeto de Reforma Sanitária, recuperando os princípios que embasam o SUS, uma vez que se percebe uma relação próxima entre o Projeto Ético-Político da profissão e o da Reforma Sanitária, por meio da aproximação entre os princípios, referenciais teóricos e metodológicos, além de ambos os Projetos serem construídos durante o processo de redemocratização do Brasil nos anos de 1980. Nesse sentido, é fundamental destacar a importância do profissional assistente social apropriar-se das contradições que perpassam a política de saúde para que esse se comprometa no processo de defesa do SUS, por meio de uma atuação forte nos espaços sócio-ocupacionais e também como fomentadores do debate acerca da luta pela efetivação do direito à saúde, afirmando o compromisso com a classe trabalhadora.

No mundo, mais especificamente no Brasil, a política de saúde é resultado de muita luta da classe trabalhadora, é a partir desse processo que, apesar de tudo, hoje se tem no Brasil

um sistema de saúde que é referência mundial, e conforme uma das resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde: “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num determinado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (CNS, 1986, p. 04). Assim, esse movimento de luta deve-se manter até hoje, principalmente em um cenário no qual o governo ataca claramente os direitos sociais e defende exclusivamente aos caprichos da classe burguesa.

Como discutido no primeiro capítulo deste trabalho, no qual aborda uma discussão sobre o modo de produção capitalista, já é colocada a questão da luta e da mobilização social na qual se destaca a divisão da sociedade em duas classes sociais com interesses antagônicos e a contradição (capital e trabalho) que sustenta a ordem burguesa, que surge a luta de classes. Ainda, vale ressaltar o Estado enquanto mecanismo que gerencia economicamente e politicamente, os interesses da classe burguesa. Portanto, o que vai definir os movimentos do Estado, no sentido da retração de direitos é a correlação da luta de classes, logo, a luta de classes diz respeito a mobilização social, ou seja, coletiva. Nesse sentido, o conceito de mobilização social na esfera da saúde está relacionado a participação da classe trabalhadora no atendimento de saúde, no acesso à informação, ocupando espaços de mobilização e luta, que vão para além da do âmbito exclusivo da efetivação do controle social em suas instituições específicas.

De 2016 até o presente momento o governo brasileiro retrocedeu anos de grandes conquistas por meio do congelamento dos recursos para implementação de políticas públicas, de retirada de direitos duramente conquistados, de grandes contrarreformas aprovadas e em curso, pronunciamentos racistas, homofóbicos e machistas onde o governo defende claramente o interesse da burguesia e tenta de todas as formas enfraquecer qualquer movimento contrário a essa posição. Todo esse processo compõe uma estratégia do Estado para manutenção da ordem burguesa e enfraquecimento das mobilizações sociais, como Netto (1996, p. 29) destaca que “as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas”.

Portanto, uma vez que o próprio governo atua de forma a intensificar a precarização da saúde, educação, condições de trabalho, a classe trabalhadora se encontra enfraquecida e tem grande dificuldade de se articular e lutar. Como foi visto os ataques neoliberais aos direitos da classe trabalhadora, já aconteciam anteriormente, mas desde o governo Temer e aprofundados pelo governo atual esses ataques estão mais fortes, dentre eles destaca-se contrarreforma

trabalhista, aprovada em 13 de julho de 2017, o processo de contrarreforma previdenciária em curso no Brasil e ainda em 2016, com a PEC 55 que previa o congelamento dos gastos públicos com educação, assistência social e saúde, várias mobilizações ocorreram pelo Brasil, dentre elas destaca-se as ocupações das escolas públicas que levantaram a bandeira de resistência na luta pela defesa da educação pública de qualidade. No que diz respeito aos impactos dessa medida para a política pública saúde, compreende-se que a precarização que já acontecia se intensificou e diante disso cem universidades públicas e mais de mil escolas secundaristas e institutos federais foram ocupados<sup>9</sup> em todo território brasileiro, além de greve e paralizações de diversas categorias, e mobilizações nas ruas. Visto isso, é possível notar que em meio a tantos retrocessos surgem novas formas de lutas e embates. Portanto, a luta atual não é voltada para conquistar novos direitos é para evitar que esses retrocessos levem a classe trabalhadora à condição de miserabilidade que foi observada nos outros períodos do modo de produção capitalista, ou seja, atuar de forma que amortença os impactos desse retrocesso que intensifica as expressões da questão social.

Ao tratar da saúde pública, um importante campo de resistência ao retrocesso é a Frente Nacional Contra à Privatização da Saúde, criada em 2010, no Rio de Janeiro, na plenária final do Seminário Nacional “20 anos de SUS: Lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”. (BRAVO, 2011). Distribuídos por todo território brasileiro, a frente é composta por diversos fóruns que buscam a mobilização coletiva em defesa

[...] do SUS de caráter público, 100 % estatal e de qualidade; contra os processos de privatização com que o sistema de saúde brasileiro vem passando; e a favor de melhorias das precárias condições salariais e de trabalhos em que se encontram os diversos profissionais de saúde (FNCPS, S/D).

Destaca-se que entre as pautas de discussão está presente a proposta de término dos novos modelos de gestão, bem como a extinção do repasse de recursos públicos aos planos privados de saúde. Tem-se também o repúdio à proposta de mercantilização da saúde posta pela OMS e BM que modifica o acesso universal à saúde para o acesso por meio do mercado e a defesa intransigente de vínculo de trabalho no setor público por meio do Estado, através de concursos públicos e planos de cargos, carreiras e salários, de forma a enfrentar a questão da precarização dos contratos trabalhistas. Nesse sentido, diante da ampla discussão realizada

---

<sup>9</sup>Dados divulgados pela União Brasileira dos Estudantes Secundaristas -UBES, fonte no jornal Exame (2016). Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/o-mapa-das-ocupacoes-de-escolas-e-faculdades-contra-temer/>

neste trabalho, destaca-se a importância da participação política da classe trabalhadora na conquista e na construção dos direitos sociais e tendo em vista que as mobilizações sociais tem grande potencial de resistência e de transformação coletiva em meio a tantos ataques.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi abordado anteriormente, a Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como direito de todos e dever do que deveria ser viabilizado através do Sistema Único de Saúde, independentemente do poder aquisitivo ou da sua inserção no mercado de trabalho dos usuários que demandassem da política de saúde. Porém, evidencia-se que esta é uma conquista que já nasce com limites severos de sua implementação em face da ascensão do ideário neoliberal no país, orientado pelo estímulo às privatizações cujos atendimentos se realizam numa lógica contrária à preconizada ao SUS. A busca incessante pela satisfação dos interesses do capital assume sua face perversa ao violar o acesso de milhões de brasileiros à saúde prevista e inscrita como direito garantido, porém na prática efetivamente cada vez mais em processo de desmonte e sucateamento.

Dessa maneira, no que tange à política pública de saúde essas medidas adotadas pelo Estado não garantem a universalidade e a igualdade de acesso, mas mantém a ampliação do setor privado em detrimento do setor público, onde esse aparato se exime da responsabilidade de atender as demandas postas pela classe trabalhadora, ou seja, uma política pública que nasce voltada para o atendimento irrestrito da população passa a crescentemente se voltar à prestação de assistência à saúde para aqueles que não podem pagar para acessar no âmbito privado, logo, atuando sob uma lógica de focalização de uma política que tem sua raiz fincada na conquista histórica da universalidade.

No que diz respeito a esse posicionamento do Estado frente às políticas públicas e direitos socialmente conquistados, temos que esta postura corresponde aos interesses da classe dominante diante do seu direcionamento nas ações do Estado. O Estado é aqui, como dizia Marx, o comitê executivo da burguesia. O Estado possui dentro dele uma constância luta de interesses contrários entre classe trabalhadora e burguesia, mas a dominação dos interesses capitalistas em detrimento dos trabalhadores é evidente. Essa dominância de interesses justifica totalmente o porquê dos desmontes de direitos sociais e privatizações. Justifica também o descaso para com os investimentos públicos, incluindo-se a saúde pública e seu horizonte universal. Temos que a brecha aberta na constituição federal de 1988 para a atuação do setor em complementaridade ao público se constitui na cena contemporânea como regra, revelando-se uma materialização desse Estado burguês apontado por Marx.

Nesse sentido, se faz necessária a discussão crítica sobre a saúde, especificamente a categoria profissional dos/as assistentes sociais, uma vez que o Serviço Social tem como compromisso político e ético a defesa intransigente dos direitos sociais da classe trabalhadora

na luta de classes. Visto isso, destaca-se que buscar uma formação teórica sólida e de qualidade em meio a um processo contemporâneo de desmonte e de forças políticas antagônicas, quando se trata do setor de saúde, atribui maior legitimidade ao Serviço Social neste campo de atuação e possibilita a articulação coletiva de construção de uma frente de defesa e ampliação dos direitos sociais. Portanto, se faz necessário a articulação do Serviço Social com as outras categorias profissionais e com movimentos sociais na perspectiva de construir um movimento na defesa do projeto do Movimento da Reforma Sanitária, que garanta à população uma política de saúde pública universal, integral, de qualidade, de forma que o planejamento em saúde seja construído de acordo com as necessidades dos usuários dessa política.

[...] as entidades do Serviço Social tem por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura (CFESS, 2010, p. 23).

Portanto, nota-se a necessidade de que o/a profissional desenvolva uma visão crítica acerca da realidade, juntamente com uma articulação voltada à defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora, convergente com o Projeto Ético Político do Serviço Social.

Ainda que as políticas sociais por si só não realizem um movimento de transformação societária, são elas que viabilizam condições mínimas de sobrevivência para que a classe trabalhadora tenha condições de pautar suas reivindicações e se organizar em torno de pautas coletivas, maiores, visando rumos emancipatórios, certamente somente plenamente alcançáveis numa nova sociabilidade. O compromisso da categoria profissional alinhado aos interesses da classe trabalhadora inscrito nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social é o aporte para que a luta em defesa da saúde pública seja encarada com a seriedade e urgência que lhe cabe.

A saúde pública como direito social universal depende também de assistentes sociais qualificados, com intervenção crítica, que poderão assim trabalhar frente aos seus usuários visando despertar a consciência de classe, classe essa que luta e disputa a alocação do fundo público socialmente construído. Para tanto, torna-se premente a presença desses profissionais em espaços coletivos de organização como forma de articulação e fortalecimento de pautas, quer sejam as conferências ou conselhos de saúde, espaços institucionalizados enquanto instâncias do controle social, quer sejam os fóruns de saúde e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, de caráter suprapartidário, que historicamente cumpre a tarefa de



resgatar e atuar em defesa das bandeiras de luta da reforma sanitária, contra todas as formas de privatização, clássicas e não-clássicas, que incidem na restrição do acesso da população brasileira ao direito à saúde, duramente conquistado pela mobilização dos trabalhadores em torno de suas demandas.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Assistência Médica segundo Competência. Período: Jun/2019. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet\\_br.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def). Acesso em: 28 de outubro de 2019.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. 8. ed. São Paulo: Cortez 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br> Acesso em 11 de outubro de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/cciveil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/cciveil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 de outubro de 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro, Rede Sirius – Rede Bibliotec. 2014.

BRAVO & MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In Bravo, MIS & PEREIRA, P.A (Orgs).Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO & MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria, GAMA, Andréa de Souza, MONNERAT, Gisele Lavina (Orgs): Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasil gasta R\$ 3,48 ao dia com a saúde de cada habitante. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3). Acesso em 26 de outubro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº. 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº.290/94 e nº.293/94.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 26 de outubro de 19.

CNS, Comitê Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. Contextualização histórica das Conferências Nacionais de Saúde. Conselho de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 02 de outubro de 2019.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarforma na política de saúde brasileira. *Temporalis*, Brasília, v. 13, p. 11-38, 2007

FALLEIROS, Ialê; LIMA, Júlio César França. Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado. In: A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Fiocruz. 2010. 1ª edição. <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fioda-historia>

FERNANDES, Florestan. A revolução burguesa no Brasil, ensaios de interpretação sociológica. Editora Globo. São Paulo, 2005.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

IAMAMOTO. Marilda Villela Projeto Profissional. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em Questão. Brasília, 2002.

MARINI, Ruy Mauro. Ruy Mauro Marini, vida e obra. Transpadini, Roberta e STEDILE, João Pedro (org.). Expressão popular, São Paulo, 2005.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política: livro I. Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant'Anna. 32. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

\_\_\_\_\_. O Capital: crítica da economia política: livro I. Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant'Anna. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 2 v.

\_\_\_\_\_. Para a crítica da Economia Política. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

\_\_\_\_\_.; ENGELS, Friedrich. Manifesto Comunista. 1.ed. Revista - São Paulo: Boitempo, 2010.

\_\_\_\_\_.; O Manifesto do Partido Comunista.

MARTINS, G.A & PINTO, R.L. Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos. São Paulo: Atlas, 2001.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. Economia Política: uma introdução crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. Biblioteca Básica do Serviço Social. V. 1.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE – RIPSAs. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações – 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SAMPAIO JR, Plínio de Arruda. Entre a nação e barbárie. Vozes, Petrópolis, 1999.

SANTOS, Viviane Medeiros. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: A Mercantilização da Saúde em Debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 33-39 p.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev. Latino-Am. De Enferm. Maio/Jun. 2002; 10(3).

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SIMIONATTO, I. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. Revista Inscrita, Brasília: CFESS, n. 1, p. 15-20, 1997.