

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Ana Carolina do Carmo Pereira

**NEOLIBERALISMO E POLÍTICA DE SAÚDE NA
CIDADE DE MARÍLIA-SP DE 2005 A 2016**

Marília

2019

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Ana Carolina do Carmo Pereira

**NEOLIBERALISMO E POLÍTICA DE SAÚDE NA
CIDADE DE MARÍLIA-SP DE 2005 A 2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP (campus de Marília) para a obtenção do título de mestre em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Determinações do Mundo do Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Jair Pinheiro

Marília

2019

P436n Pereira, Ana Carolina do Carmo
Neoliberalismo e política de saúde na cidade de Marília-SP de 2005
a 2016 / Ana Carolina do Carmo Pereira. -- Marília, 2019
114 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientador: Jair Pinheiro

1. Neoliberalismo. 2. Política social. 3. Política de saúde. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Filosofia e Ciências, Marília. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jair Pinheiro (orientador)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS – UNESP
MARÍLIA (FFC)

Prof. Dr. Leandro de Oliveira Galastri (membro)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS – UNESP
MARÍLIA (FFC)

Prof^a. Dr^a. Ilse Gomes Silva (membro)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS – UFMA

Suplentes:

Prof^a. Dr^a. Angélica Lovatto

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS – UNESP
MARÍLIA (FFC)

Prof. Dr. Eliel Machado

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – UEL (CLCH)

À Amanda, minha companheira
de luta e vida.

AGRADECIMENTOS

O risco de ser breve é o de entregar à memória o dever de lembrar-se de todas as figuras importantes neste processo tão complexo e intenso que é a pós-graduação. Tantas pessoas foram essenciais nesta jornada, cujas páginas deste trabalho imprimem o resultado, que tal tarefa, essa de agradecer, torna-se tão importante quanto o produto desta pesquisa.

Começo agradecendo aos funcionários da Faculdade de Filosofia e Ciências, que forneceram o aporte burocrático e institucional durante esses trinta meses de formação. Agradeço também a todos os professores da pós e também da graduação, meus mestres, que abriram caminhos que jamais se fecharão. Em especial, meu ao mestre professor Jair Pinheiro, que com muito cuidado orientou essa jornada que está para completar seis anos.

Aos meus amigos, todos aqueles presentes, mas em especial à Angélica, com quem divido as angústias da vida acadêmica, à Carol, Camila, Liciane e ao Gabriel que juntos, sempre me proporcionaram palavras de ânimo nos momentos em que precisei de conforto.

À minha família, meus pais, José e Valéria e meus irmãos, Natália e Gabriel, a quem devo minha devoção e meu amor pelo suporte e pelo apoio em todos os anos da minha existência, sobretudo nestes em que me dediquei aos estudos. Ao Cauã, meu sobrinho, meu pequeno, pelos sorrisos gratuitos.

Por fim, minha gratidão e todo o meu amor à minha companheira Amanda, com quem escolhi dividir a minha vida e minha luta, e tem sido meu maior arrimo emocional e material, e é a quem devo os resultados desta pesquisa.

[...]

Vós, que surgireis da maré
em que perecemos,
lembrai-vos também,
quando falardes das nossas fraquezas,
lembrai-vos dos tempos sombrios
de que pudestes escapar.

[...]

Aos que vierem depois de nós, Bertolt Brecht

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 inaugurou o período ‘democrático’ mais recente da história do Brasil. Nela foram contemplados os direitos sociais frutos das reivindicações dos movimentos sociais que estiveram em luta organizada – armada ou não – durante o período da ditadura militar (1964-85). Dentre eles, o direito à saúde, através da criação do Sistema Único de Saúde - SUS. No entanto, com a crise do Estado de Bem-Estar nos países centrais, a derrocada da URSS – simbolicamente representada pela queda do Muro de Berlim – e a crise do modelo desenvolvimentista vigente na América Latina até a década de 70, tomou força a ideologia neoliberal. Assim, a última década do século XX foi marcada pelo estabelecimento políticas públicas conforme essa doutrina no Brasil, o que causou efeitos negativos às políticas sociais, já que a ideologia neoliberal refuta energicamente a ação do Estado enquanto produtor de bens e serviços. Assim, seguiu-se um quadro de decomposição dos serviços de saúde graças às políticas de redução de gastos empreendidas pelos governos neoliberais. O presente trabalho tem o intuito de analisar a medida desses efeitos e o caráter dessa política neoliberal através da investigação de um caso específico que é a cidade de Marília-SP.

Palavras-chave: Neoliberalismo; Políticas Sociais; Políticas de Saúde; SUS; Marília-SP.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 started the “democratic” period of Brazil's recent history. It contains social rights that are the outcome of claims of the social movements that were in organized struggle – armed or not – during the military dictatorship period (1964-85). Among them, the right to Health, through the creation of the “Unified Health System” (SUS, in the Brazilian abbreviation). However, with the crisis of the Social Welfare in the developed countries, the downfall of URSS – the fall of the Berlin Wall being its symbolical representation – and the crisis in the developmental model present in Latin America until the 1970s, the neo-liberalist ideology gained strength. Thus, the last decade of the 20th century was marked by the establishment of public policies that followed this doctrine, which came with negative social effects, since it is against the action of State as supplier of goods and services. A picture of decomposition of health services succeeded the policies of cost saving implemented by the neoliberals. The present work aims to examine the proportions of these effects and the issues of these policies through the investigation of a specific case: the city of Marília, SP.

Keywords: Neoliberalism, public policies, health policies, SUS, Marília-SP.

LISTA DE SIGLAS

ABHU – Associação Beneficente Hospital Universitário

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

AIS – Ações Integradas de Saúde

BLH – Banco de Leite Humano

CAOIM – Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro de Assistência Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

COMUS – Conselho Municipal de Saúde de Marília

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DRE – Desvinculamento de Receitas dos Estados

DRM – Desvinculamento de Receitas dos Municípios

DRU – Desvinculamento de Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

FHC – Fernando Henrique Cardoso

HC – Hospital de Clínicas

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPCA – Inflação Acumulada Atual

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MPC – Modo de Produção Capitalista

MS – Ministério da Saúde

NHS – National Health System

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Organização Social

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PA – Pronto Atendimento

PIB – Produto Interno Bruto

PLP – Projeto de Lei Popular

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PPCS – Poder Político e Classes Sociais

PPP – Parceria Público Privada

PT – Partido dos Trabalhadores

PV – Partido Verde

RCB – Receita Corrente Bruta

RCL – Receita Corrente Líquida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Termo Aditivo

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCAF – Unidade de Central Farmacêutica

UNB – Universidade de Brasília

UNIMAR – Universidade de Marília

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URV – Unidade Real de Valor

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ENTREVISTADOS

Ana Cláudia Félix Zerlotti

Servidora pública municipal da Prefeitura Municipal de Marília, enfermeira, atua como Supervisora do DACA (Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria) da Secretaria Municipal de Saúde de Marília desde 2010.

Darci Bueno

Membro atuante do Conselho Municipal de Saúde de Marília (COMUS) desde 2002 e Presidente da *Sociedade Comunitária dos Amigos e Moradores do Prolongamento Palmital*, uma das associações de bairro do município de Marília.

Eduardo Perillo Mendes de Vasconcellos

Médico formado em 2015 pela FAMEMA, atua como Médico da Estratégia Saúde da Família em Pompéia-SP (cidade distante cerca de 20km de Marília) e membro atuante do Conselho Municipal de Saúde de Marília (COMUS) desde 2014.

Hellayne Yoshi

Funcionária contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília por meio do convênio com a Maternidade Gota de Leite, com formação em odontologia, ocupa a função desde 2013 e é responsável por 10 das 38 USFs.

Rafael Vicente Mauad Armentano

Servidor público municipal da Prefeitura Municipal de Marília, Ouvidor SUS desde 2015 e Encarregado do Núcleo de Informação desde 2013.

Rodrigo Pegoraro

Servidor público municipal da Prefeitura Municipal de Marília, contador e responsável pelo Fundo Municipal de Saúde desde 2007.

Valéria Castro

Servidora pública municipal da Prefeitura Municipal de Marília desde 1997, enfermeira, ocupa a função de Apoiadora da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de Marília desde 2015 e é responsável por apoiar as 12 UBSs do Município de Marília

Mayara Rezende Franco Chaves

Membro atuante do Conselho Municipal de Saúde de Marília (COMUS) desde 2018, funcionária pública federal e pós-graduada em Direito Trabalhista.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Capítulo 1 – POLÍTICAS DE SAÚDE PÓS-88.....	15
1. <i>Do Sanitarismo Campanhista à Reforma Sanitária.....</i>	<i>15</i>
2. <i>O contexto e a institucionalização do SUS.....</i>	<i>23</i>
3. <i>Políticas de Saúde no Município de Marília.....</i>	<i>28</i>
3.1. <i>Atenção Básica.....</i>	<i>29</i>
3.2. <i>Atenção de Média e Alta Complexidade.....</i>	<i>37</i>
3.3. <i>Recursos Financeiros e Sistemas de Informação.....</i>	<i>46</i>
3.4. <i>Participação Popular.....</i>	<i>53</i>
4. <i>Gestão ou falta de recursos? Eis a falsa questão.....</i>	<i>56</i>
Capítulo 2 – CONCEITO DE ESTADO E NEOLIBERALISMO.....	64
1. <i>Sobre o conceito de Estado e as particularidades da esfera municipal.....</i>	<i>64</i>
2. <i>Neoliberalismo como conceito e fenômeno histórico.....</i>	<i>74</i>
2.1. <i>O conceito de Neoliberalismo e sua fundamentação teórica.....</i>	<i>74</i>
2.2. <i>Neoliberalismo como fenômeno histórico.....</i>	<i>82</i>
Capítulo 3 – NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS.....	87
1. <i>Crise, reforma e contrarreforma do bem-estar social.....</i>	<i>87</i>
2. <i>Processos de seletividade neoliberal e seus princípios norteadores.....</i>	<i>91</i>
3. <i>Participação popular e os interesses em jogo pela saúde pública.....</i>	<i>98</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110

INTRODUÇÃO

No ano passado, a ‘Constituição Cidadã’, como ficou amplamente conhecida, completou 30 anos. Promulgada em 5 de outubro de 1988 ela foi o ponto nodal no Brasil de uma conjuntura muito específica, na qual condensaram-se uma série de reivindicações populares e expressou-se toda a correlação de forças de um Brasil recém ‘redemocratizado’. Nela foi contemplado o rol de direitos sociais¹, dentre eles, o da saúde, que, a partir de então, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a figurar como direito universal. O SUS, enquanto princípio e sistema, foi projetado e reivindicado em um contexto de luta contra a ditadura militar no Brasil, e foi institucionalizado já com o processo de ‘redemocratização’ concluído. Este contexto foi determinado por uma correlação de forças que, de certa forma, retardou o processo de radicalização da política neoliberal em relação aos demais países da América Latina, o que não impediu a deterioração em larga escala das políticas sociais, em especial dos serviços de saúde, através de dois mecanismos fundamentais: corte de gastos e adoção de políticas estratégicas que viabilizassem a adoção de princípios neoliberais.

A atual conjuntura nos impõe o dever político de trazer ao debate o ataque do capital aos direitos sociais no Brasil, sobretudo o da saúde. A Emenda Constitucional nº 95, promulgada pelo governo golpista de Michel Temer, que institui um novo regime fiscal e impõe um limite de gastos aos governos por 20 anos é a expressão máxima desses ataques que rompem definitivamente com o pacto estabelecido em 1988.

Diante deste quadro, a pesquisa cujos resultados encontram-se parcialmente aqui apresentados, tem como objeto as políticas de saúde na cidade de Marília à luz das políticas neoliberais adotadas pelos governos brasileiros a partir dos anos 1990, tendo em vista que, apesar da criação do SUS pela Constituição Federal, os usuários do município ainda encontram enormes dificuldades para acessar os serviços públicos de saúde.

O Município de Marília foi fundado em 4 de abril de 1929 e está localizado no interior paulista, na região centro-oeste e está a cerca de 440 quilômetros de distância da capital. O último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, apontou uma população de 216.745 habitantes – destes,

¹Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

mais de 95% dos habitantes está na área urbana –, sendo considerado, portanto, um município majoritariamente urbano e de médio porte². É conhecido por ser a *Capital Nacional do Alimento* já que abriga um considerável parque fabril no setor de alimentos que exportam doces, chocolates, biscoitos para todo o Brasil, para a América Latina e para alguns países da Europa. Além disso, grandes empresas de projeção nacional nasceram aqui, como o Banco Bradesco e LATAM Airlines Brasil – antiga Transportes Aéreos Marília e em seguida Transportes Aéreos Mercosul (TAM). Em termos de expressividade econômica, Marília é um dos grandes nomes do interior paulista.

O atual prefeito da cidade é Daniel Alonso (PSDB), empresário do ramo de construção civil, proprietário da maior distribuidora de materiais de construção de Marília, a Casa Sol. Nas últimas eleições, declarou apoio ao governador eleito João Dória (PSDB) e ao presidente eleito Jair Bolsonaro (PSL) e está declaradamente alinhado aos interesses políticos de ambos. Atualmente o governo local passa por uma crise que se arrasta desde a posse de Alonso em 2017 e que agora atingiu seu ápice e culminou com o racha entre ele e o Vice-Prefeito Antônio Augusto Ambrósio, conhecido como Tato (PMDB). Após alguns rumores sobre a possível renúncia do vice, no dia 29 de novembro de 2018, Tato se pronunciou publicamente dentro da Câmara Municipal, anunciando seu rompimento com o governo, mas não renunciou. Além disso, o contexto posterior ao das eleições presidenciais levou a algumas mudanças substanciais nas pastas do município, tanto em relação a cargos comissionados, quanto em relação ao secretariado, incluindo o Secretário Municipal de Saúde.

Nas eleições de 2016, o principal adversário de Daniel Alonso foi Vinícius Camarinha (PSB) – eleito deputado estadual nas últimas eleições – que concorria pela terceira vez à prefeitura de Marília, tendo sido prefeito no mandato anterior (2013-2016). Vinícius pertence à família Camarinha, de grande influência política na cidade de Marília e oposição ativa a qualquer governo que não seja seu aliado político, cujo principal nome é seu pai Abelardo Camarinha (PSB), que foi prefeito de Marília por três mandatos (1983-1988, 1997-2000 e 2001-2004). Seu avô, Josué Camarinha, foi vereador por dois mandatos e seu primo, Marcos Camarinha também foi vereador por dois mandatos.

O prefeito anterior a Vinícius Camarinha foi Mário Bulgarelli, que ocupou a principal cadeira do Executivo Municipal por dois mandatos: o primeiro (2005-2008)

²O município é formado pela sede e pelos distritos de Amadeu Amaral, Avencas, Dirceu, Lácio, Padre Nóbrega e Rosália.

pelo PSDB, para o qual se elegeu com apoio político de Abelardo Camarinha e, no segundo (2009-2012) mandato, rompeu com Camarinha e se elegeu pelo PDT. Bulgarelli renunciou antes de terminar seu mandato, em março de 2012, para evitar a provável cassação de seu mandato, já que estava sendo investigado pela CPI da Merenda³, instaurada pela Câmara Municipal em 2011, que apontou o ex-prefeito e o então deputado federal Abelardo Camarinha como envolvidos no esquema. Quem assumiu a prefeitura até o final do mandato foi o vice-prefeito José Ticiano Dias Tóffoli (PT), que é irmão de José Antônio Dias Toffoli, atual presidente do Supremo Tribunal Federal.

Julgamos importante resgatar a história política de Marília, pois inicialmente a presente pesquisa fixou como período de análise os mandatos que iam de 2005 a 2016 (os dois mandatos de Bulgarelli e o mandato de Vinícius Camarinha) no sentido de traçar uma possível comparação na análise das políticas de saúde de Marília. Contudo, o andamento da pesquisa apontou para uma certa autonomia da gestão da Secretaria de Saúde⁴, que não necessariamente flutuou de acordo com a mudança de governo municipal, mantendo uma certa constância nas políticas, com mudanças relacionadas aos prefeitos pouco substanciais e que, na medida em que for necessário, serão expostas nas próximas páginas. Isso se dá principalmente pelo fato de que os principais gestores técnicos, inclusive os que foram entrevistados, se mantiveram em seus postos independentemente da mudança de prefeitos, além de as flutuações das políticas serem muito mais relacionadas ao governo federal e à gestão do Ministério da Saúde do que relacionadas ao governo municipal. Além disso, se fez necessário incluir algumas informações de 2017 e 2018, tanto pela relevância para fins deste trabalho, quanto para complementar a ausência de informações de alguns anos referentes ao período inicial. Essa ausência de informações, em muitos casos, corresponde à informatização tardia do

³A CPI da Merenda durou sete meses e analisou mais de quatro mil documentos e treze depoimentos. Ela concluiu que foram desviados mais de R\$ 2,6 milhões da merenda escolar para pagamentos de propina e sugeriu a cassação do mandato de Bulgarelli, além de apontar o nome do deputado Abelardo Camarinha e outras duas pessoas.

⁴ Outro exemplo desta evidência foi o conteúdo das discussões suscitadas nos eventos preparatórios da Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 23 e 24 de novembro de 2018. Em um desses eventos, realizado no dia 4 de outubro de 2018, esteve presente Francisco Funcia, assessor técnico do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para orçamento do SUS, que, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde, a convite da então Secretária Municipal de Saúde, Katia Ferraz Santana, fez uma fala inteira dedicada a uma dura crítica à EC 95, apresentando informações de caráter técnico e orçamentário. Exatamente no mesmo mês, o atual prefeito com o chavão 'BolsoDoria', defendia projetos políticos explicitamente favoráveis à manutenção da Emenda.

banco de dados, já que muitos foram informatizados somente na última década e aqueles mais antigos, não informatizados, são muito difíceis de encontrar.

Em seguida, buscaremos confrontar os dados empíricos relacionados às políticas de saúde do Município de Marília com o aporte teórico adequado à análise do Estado de tipo burguês, em sua forma neoliberal, sobretudo no que tange à esfera municipal/local, já que a pesquisa está localizada principalmente neste nível de governo. Dessa forma, o que buscamos aqui evidenciar, é que o problema do SUS não pode ser reduzido a falhas de gestão – ainda que tais falhas existam em todas os níveis de governo – mas sim, que a questão é estrutural e reside na própria condição de existência do Estado burguês e está intrinsecamente relacionada à natureza das contradições políticas desse tipo de Estado.

Para cumprir tal tarefa, elaboramos o presente trabalho com três capítulos: o primeiro capítulo apresenta os dados empíricos concernentes às políticas de saúde do Município de Marília dentro do período já apresentado, além de localizá-las no interior de um contexto mais amplo que é o do Sistema Único de Saúde em nível nacional; o segundo capítulo apresenta os conceitos de Estado e Neoliberalismo que elegemos adequados à natureza da análise que buscamos desenvolver ao longo desta pesquisa; por fim, o terceiro capítulo, que apresentou o cotejamento dos dados empíricos com o aporte teórico, buscando demonstrar de fato os efeitos da política neoliberal às políticas de saúde.

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE SAÚDE PÓS-88

1. Do Sanitarismo Campanhista à Reforma Sanitária

Uma análise da atual fase do Sistema Único de Saúde e os ataques neoliberais que ele vem sofrendo desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, demanda resgatar os processos históricos de luta política e institucional que não somente reivindicaram a saúde como direito universal no Brasil, mas também o projetaram enquanto sistema e estabeleceram seus princípios de funcionamento.

Foi no início do século XX que surgiram as primeiras políticas relacionadas à saúde pública no Brasil. O modelo sanitário desse período ficou conhecido como *sanitarismo campanhista*, marcado por um autoritarismo de caráter militar que tinha como fio condutor as campanhas de vacinação⁵ e sanitização dos espaços públicos.

O modelo agroexportador vigente na economia brasileira, no período exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação. Nesse sentido o sanitarismo brasileiro do início do século guarda relação muito próxima com a ideia de polícia médica desenvolvida na Alemanha e com a medicina urbana desenvolvida na França. (ANDRADE, 2007, p.27)

A partir de 1926 a assistência médica individual foi incorporada às atribuições das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP)⁶, atendendo somente os trabalhadores formais. Além disso, a cobertura a esses trabalhadores era desigual, pois cada Caixa estava relacionada a uma categoria e cada categoria contava com diferentes serviços e níveis de cobertura. Esse sistema médico fragmentado coexistiu com o sanitarismo campanhista pelo menos até a década de 60, já que o golpe militar de 1964 promoveu algumas reformas governamentais que impulsionaram a expansão do sistema de saúde

⁵ A natureza autoritária dessas políticas levou à oposição de uma parte da população, sob a liderança de alguns políticos e militares. Em 1904 ocorre a Revolta da Vacina que se originou pela resistência à vacinação contra a Varíola, sancionada por Oswaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública.

⁶ As CAP foram criadas pela Lei Eloy Chaves em 24 de janeiro de 1923, considerada a ‘mãe’ da Previdência Social no Brasil. Na década de 30, as CAP foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) que, na década de 60 foram unificados no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INPS).

relacionado à previdência social, com a finalidade de favorecer a iniciativa privada do setor de produtos e serviços de saúde.

A partir dos anos 50, a economia brasileira consolidou-se como majoritariamente urbana e industrial, tendo o PIB industrial ultrapassado o PIB do agronegócio. No período que compreende o final da década de 60 e início da década de 70 o Brasil dos ‘anos de chumbo’ vivenciou um acelerado crescimento da economia, que a propaganda do regime militar anunciou como o ‘Milagre Econômico’. As altas taxas de crescimento econômico – desigual – e os índices gerais de morbidade e mortalidade cada vez mais positivos⁷ causaram a ilusão de que, de fato, havia um milagre acontecendo.

Contudo, o que ocorreu de fato foi que esse novo quadro social e econômico trouxe consigo novos problemas – que se somaram àqueles já existentes –, sobretudo no que tange ao padrão das demandas de serviços de saúde. O agravamento da concentração de renda levou, nos anos seguintes, ao aprofundamento da marginalidade urbana que, por sua vez foi a causa do considerável aumento dos índices relacionados a mortes violentas (homicídios). A nova configuração das cidades e o aumento da frota de veículos também foram a causa do aumento de mortes relacionadas ao trânsito, especialmente nas grandes metrópoles, isso sem falar nas mortes e morbidades relacionadas aos processos de trabalho dentro das fábricas: os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Outro índice crescente foi o das doenças crônicas⁸, também relacionadas ao novo padrão de vida e consumo do trabalhador brasileiro (POSSAS, 1989). Assim, a demanda por serviços de saúde não diminuiu, a despeito das quedas das taxas de mortalidade, apenas foi modificada pelos aspectos conjunturais das décadas de 60 e 70.

O aumento do emprego no setor formal nesse mesmo período, também fruto da industrialização da economia, marcou o aumento da receita da Previdência Social, que acabou por ampliar a rede de serviços de saúde aos seus segurados, já que boa parte de sua receita estava destinada a tais serviços. Esse modelo de assistência à saúde,

⁷ “As mortes associadas às más condições de vida caíram acentuadamente: entre 1960 e 1980 as taxas de mortalidade infantil reduziram-se em cerca de 40% e as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em 70%, para o que contribuíram a rápida queda na fertilidade, o aumento na expectativa de vida da população e o processo de urbanização acelerada, que hoje mantém mais de dois terços da população em áreas urbanas.” (POSSAS, 1989, p. III)

⁸ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) doenças crônicas são aquelas de progressão lenta e longa duração. Entre as principais doenças crônicas estão: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, DPO, rinite), hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia).

destinado somente aos trabalhadores formais, contribuintes da Previdência Social e contratados pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) foi denominado modelo *médico assistencial-privatista*⁹. Todo o atendimento proveniente deste modelo era prestado pela iniciativa privada, cujos serviços e investimentos eram custeados pelo governo federal com os recursos da Previdência por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Este modelo médico-assistencial assenta-se na garantia de que o Estado é o seu grande financiador por intermédio da Previdência Social, o setor privado nacional assistencial-curativo o seu grande prestador e o setor internacional o seu grande produtor de insumos, equipamentos biomédicos e medicamentos. (ANDRADE, 2007, p. 28)

O restante da população, aquela excluída do setor formal, acessava os serviços de saúde por meio da rede pública, cujos serviços – absolutamente escassos – tinham como base uma medicina simplificada e eram oferecidos pelos estados e municípios e financiados com recursos do Ministério da Saúde.

Manifestava-se, portanto, um corte institucional na oferta de serviços de saúde no Brasil: por um lado, a Previdência Social que atendia o assalariado formal, beneficiário do direito de acessar serviços de saúde mais complexos e diversos que correspondiam à nova demanda que apontamos acima (doenças crônicas e acidentes de trabalho, por exemplo), isso porque o próprio sistema produtivo dependia desses serviços como uma das condições da reprodução da força de trabalho; por outro, o Ministério da Saúde que atendia o assalariado informal ou desempregado que dependia dos poucos serviços da rede pública e estava duplamente excluído do sistema produtivo, tanto em relação ao trabalho, quanto em relação à saúde, ou melhor, à reprodução da sua força de trabalho. No âmbito da Previdência, prevaleciam as ações individuais, curativas e especializadas em detrimento das ações voltadas à saúde pública, preventivas e sanitárias elaboradas no âmbito do Ministério. O acesso à assistência médica mais ampla, nesse contexto, apresentava-se como *privilégio* do trabalhador produtivo e profissional reconhecido pelo Estado.

A ‘necessidade’ de serviços de saúde especificamente para os trabalhadores só se transforma na realidade em demanda de serviços

⁹ A Constituição Federal de 1967 e a Lei nº 6229 de 1975 (que criou o Sistema Nacional de Saúde– SNS, o que, alguns estudiosos do tema apontam como o primeiro passo para a criação de um sistema único no Brasil) formaram a base jurídico-legal desse modelo.

na medida em que se origina no próprio sistema produtivo, e que a ele mesmo se destina, indiretamente, ao cumprir um papel reprodutivo [...]. Ao articular o setor público com o privado pela subordinação da assistência médica previdenciária à lógica da acumulação, o sistema capitalista concilia duas tendências que se manifestam em seu processo de expansão: de um lado, ao assegurar condições que facilitam a continuidade do processo produtivo, devolvendo rapidamente o trabalhador à produção, reduzindo com isso o absenteísmo; e, de outro, favorecendo a transformação da atividade médica em mais um setor capitalista, em que a produção de serviços médicos tem por finalidade primordial a apropriação privada de lucros. (POSSAS, 1989, p. XVIII)

A crise do ‘milagre’ começa a ficar evidente por volta de 1972 e 1973 que são os anos de auge do crescimento (cerca de 12% ao ano), no entanto, esse auge prenuncia a crise. É nesse período em que começam a surgir pressões inflacionárias, portanto, a primeira reação do governo militar é manipular os índices de inflação e há uma série de desequilíbrios latentes e explícitos que mostram o esgotamento desse período, já que a economia encontra um limite de crescimento relacionado à crise do petróleo e ao fim da liquidez internacional. A partir de 1974, a economia vive um período de vertiginosa desaceleração (de 74 a 80 cresce apenas 7% ao ano, contra os 12% do período anterior). Neste mesmo ano Geisel assume a presidência e, no ano seguinte, é lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) que em termos econômicos e políticos definiu os aspectos da dita ‘abertura lenta, gradual e segura’ do regime. Em 1974 a inflação atinge a casa dos 24%, entre 1974 e 1978 chega a 40%, até atingir, em 1979 o índice de 50%. Nesse mesmo período, o quadro internacional também é de crise, cuja causa é multifatorial: é a combinação da crise de hegemonia norte-americana, crise energética, crise de superprodução e crise monetária. O estopim dessa crise internacional é a crise do petróleo que se iniciou com a guerra de Yom Kipur em 1973 – que também teve forte influência na crise brasileira, sobretudo nos índices de inflação, já que no mercado internacional o preço do petróleo praticamente quadruplicou e o Brasil importava cerca 80% do petróleo aqui consumido (SINGER, 1985). Para os trabalhadores, a crise significou desemprego, queda do salário real e piora nas condições de vida.

É na década de 80 que tais crises se agravam e se sobrepõem a uma terceira crise de interesse para o tema deste trabalho: a crise orçamentária da Previdência Social e, por consequência, do INAMPS.

Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no

imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. A maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados (*fee for service*) geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma. (PAIM et al., 2011, p.18)

Dessa forma, a crise acirrou a discussão da pauta sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil, o que levou, em 1981, pelo próprio Estado autoritário, à criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), composto por médicos, representantes de ministérios, representantes dos prestadores privados de serviços e do setor patronal e trabalhadores, cujo principal objetivo girava em torno de criar um plano de ação em saúde que reduzisse custos e controlasse gastos da assistência em saúde no Brasil, o que, trocando em miúdos, significava tão somente driblar a crise orçamentária da Previdência.

Em agosto de 1982 o CONASP apresentou ao então Ministério da Previdência e Assistência Social o resultado de seus trabalhos, intitulado ‘Plano CONASP’. As propostas apresentadas pelo Plano CONASP foram, em resumo: melhoria na qualidade de atendimento, cobertura assistencial em igualdade de condições a toda a população rural e urbana, planejamento de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitando as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo e aumento da produtividade dos recursos da Previdência aplicados em saúde, com a racionalização das formas de prestação de serviços (ANDRADE, 2007). A análise das propostas do Plano CONASP nos permitem uma ‘dupla leitura’, conforme indicou Paim (1986): por um lado, elas apontam para a necessidade de uma contenção de gastos da Previdência com atendimentos em saúde, com vistas à superação da crise orçamentária, sem alterar a lógica privatista do sistema então vigente e, por outro, apontam, ainda que timidamente, para a necessidade da criação de um sistema mais abrangente e democrático, um sistema único que atendesse a todos os cidadãos sem distinção.

Essa segunda leitura está relacionada ao plano das Ações Integradas de Saúde (AIS) que compunham o Plano CONASP e que, em discurso, propunha-se a integrar os serviços públicos de saúde – que até então estavam divididos entre Ministério da Saúde e Previdência Social – e descentralizar tais serviços em direção aos estados e municípios, para que fosse possível a criação de um atendimento de base, que seria a

porta de entrada à assistência médica. A inevitável questão que se colocou foi a seguinte: como ampliar a abrangência da assistência médica e subsidiar estados e municípios para que estruturarem seus serviços descentralizados em uma conjuntura de profunda crise econômica e orçamentária e sem romper com a lógica privatista? Sem desconsiderar o importante avanço nas discussões sobre saúde pública que o Plano CONASP suscitou, o que não podemos ignorar é que, para além de uma dupla leitura, o que se demonstra por meio das propostas colocadas é, na realidade, uma visão dicotômica em relação aos serviços públicos de saúde no Brasil: por um lado, a lógica privatista orientada por uma racionalidade financeira e, por outro, o pungente debate sobre a necessidade de um sistema público de saúde democrático e universal.

Tal debate já existia pelo menos desde os anos 70, posto em pauta por movimentos sociais, sobretudo aqueles relacionados à saúde pública, incluindo sindicatos de algumas categorias profissionais, partidos políticos à esquerda – na época, ilegais – e movimentos estudantis. O conjunto desses movimentos sociais liderados por profissionais de saúde engajados com o tema da saúde pública ficou conhecido como *Movimento pela Reforma Sanitária*. Esse debate ocorreu de forma simultânea e integrada à luta pela ‘redemocratização’ no Brasil, pois reivindicava não somente uma reforma financeira e administrativa da saúde pública, discurso central e privilegiado do que resultou do Plano CONASP, mas apontava para uma reforma social ampla, que ampliasse o conceito de saúde e visasse à alteração das bases institucionais do sistema de saúde então vigente e sua devida integração e estruturação jurídica. A proposta de Reforma Sanitária estava orientada por princípios totalmente distintos daqueles que norteavam o modelo médico-assistencial privatista, já que entendia a saúde como um *direito universal e dever do Estado*.

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. (PAIM et al., 2011, p.18)

A base institucional do Movimento era composta pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) fundado em 1976¹⁰ e pela Associação Brasileira de Pós-

¹⁰O CEBES foi fundado durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) realizada na Universidade de Brasília (UNB) e que trouxe à superfície a discussão da democratização da saúde. O Centro proporcionou uma série de debates sobre a saúde, publicou a *Revista*

Graduação em Saúde Coletiva¹¹ (ABRASCO) fundada em 1979. Essas duas instituições abrigaram profissionais de saúde e estudiosos no campo da saúde pública e por meio de reuniões, congressos, simpósios e publicações, consolidaram o projeto da Reforma Sanitária com base científica, legal e institucional, sem deixar de lado o caráter político do Movimento.

Duas publicações com caráter de manifesto merecem atenção. A primeira, intitulada *A questão democrática da saúde*, apresentada pelo CEBES no I Simpósio de Política Nacional de Saúde em outubro de 1979, mencionou pela primeira vez o termo *Sistema Único de Saúde (SUS)*, dando as bases e os princípios para a proposta de criação desse sistema. A segunda, intitulada *Pelo direito universal à saúde*, publicada pela ABRASCO em 1985, serviu de referência para toda a produção político-científica apresentada 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada um marco temporal do Movimento pela Reforma Sanitária, já que foi nela em que um número considerável de militantes e profissionais de saúde se reuniu e de fato apresentou o projeto estruturado de como deveria ser o Sistema Único de Saúde (SUS). A análise do Relatório Final da Conferência nos permite concluir que as discussões suscitadas tiveram um tom pronunciadamente crítico e reafirmaram o conceito de saúde que vinha sendo discutido e desenvolvido desde os anos 70:

Em seu sentido mais abrangente, 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 acesso a 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. (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4)

Note que o conceito de saúde aqui defendido compreende uma série de aspectos que transcendem àquele único que orientava a política de saúde dos anos 70 no Brasil, que era o da saúde como corpo saudável e curado, adequado à atividade produtiva. O pleno exercício da saúde, segundo os interlocutores da Conferência, dependia do acesso a outros direitos sociais, que deveriam reduzir os efeitos da desigualdade socioeconômica. Foi esse o princípio fundamental que orientou o projeto do SUS.

Saúde em Debate (que permanece ativa até os dias atuais), contribuiu com a publicação de livros e foi considerado um elemento fundamental no Movimento pela Reforma Sanitária. (PEREIRA, 2016)

¹¹ Em 2011 a entidade teve seu nome alterado para Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Entre a Conferência e a promulgação da Constituição Federal de 1988, ocorreram dois fatos importantes em 1987: a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que reunia secretários municipais e estaduais de saúde e foi um importante aliado político do Movimento pela Reforma e a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) por meio do Decreto Presidencial nº 94.657, de 20 de Julho de 1987. A criação do SUDS representou um momento de transição, já que o Decreto já despontou algumas notáveis reformas administrativas que, dentre outras finalidades, visava desvincular a Previdência Social dos serviços de saúde.

O SUDS representou nesse momento um rearranjo institucional objetivando prioritariamente a universalização do atendimento com a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social. Sua implementação se deu mediante convênios firmados entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde e foi importante na reforma administrativa do setor, introduzindo elementos racionalizadores e tendo também consequências políticas como o desmonte da máquina previdenciária e a alteração da correlação de forças até então vigente. (ANDRADE, 2007, p. 38)

Finalmente, durante o Congresso Nacional Constituinte (1987-88) o movimento garantiu a inclusão da reforma na Constituição Federal de 1988. Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), declarando a saúde como direito de todos e dever do Estado, integrando o rol de direitos sociais¹² em seu artigo 6º¹³. No que corresponde ao setor privado, houve forte pressão dos empresários contra a reforma nos termos em que foram

¹²Segundo o modelo das três gerações do direito empregado por T. H. Marshall, o direito social seria a terceira geração de direitos, sendo a primeira o direito civil e a segunda o direito político. A despeito das inúmeras críticas a esse modelo, ele ainda é tomado como uma importante referência nos estudos de direito e ciência política. De acordo com Décio Saes a perspectiva adotada por Marshall omite a importância dos movimentos sociais e das revoluções burguesas, ocorridas na Europa, para a conquista desses direitos durante este período. Além disso, a perspectiva adotada por Marshall também não permite perceber a relação conflituosa que existe entre os direitos civis e os direitos sociais. A instituição dos direitos civis foi absolutamente necessária ao desenvolvimento e reprodução da sociedade capitalista. Os direitos civis conferiram aos trabalhadores o direito de firmar contrato e, através disso, alienar sua única propriedade: a força de trabalho. Por outro lado, a aprovação de direitos sociais acaba por ‘amenizar’ o efeito da desigualdade de classes que é deixada intacta pela instituição dos direitos civis. Dessa forma, direito civil e direito social conflitam, pois correspondem a interesses de classes diferentes. (SAES, 2000).

¹³Art. 6 São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

colocados, e essa pressão resultou na garantia de participação da iniciativa privada¹⁴, tanto complementando (prestando serviços por meio de contratos com o setor público), quanto suplementando (por meio dos planos de saúde particulares) o sistema público de saúde.

Os princípios orientadores do SUS, contidos nos artigos 196 e 198 da Constituição passaram a ser a *universalidade*, o atendimento *igualitário* e *integral*, a *descentralização* dos serviços e a *participação popular*, sendo que podemos considerar o primeiro como o princípio estruturante do sistema.

2. O contexto e a institucionalização do SUS

Após a vitória constitucional, o Movimento pela Reforma passou do projeto à pressão pela estruturação jurídico-institucional do SUS. A prioridade passou ser conquistar a regulamentação do Sistema em nível federal, para que a estruturação nos níveis estadual e municipal fosse possível e o princípio da descentralização fosse cumprido.

Graças a alguns embates entre o governo federal e o Movimento pela Reforma Sanitária, foram criadas as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas aprovadas em 1990, cerca de dois anos depois de a Constituição Federal entrar em vigor. Essas duas leis em conjunto, são consideradas a Lei Orgânica do SUS (LOS).

A lei 8.080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. A lei 8.142/90 é fruto de grande negociação ocorrida na época entre os vários atores envolvidos no processo de construção do SUS no Brasil. Ela repara os vetos feitos pelo chefe do Executivo à Lei 8.080/90 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (ANDRADE, 2007, p. 47)

Após a regulamentação do Sistema, seguiu-se a edição de uma série de dispositivos legais (leis, decretos, portarias) que, aos poucos, foi delineando a estrutura administrativa e legal da rede de serviços e estabelecimentos de saúde no Brasil. Haja

¹⁴ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

vista que os estados, municípios e as repartições do Ministério de Saúde encontravam-se em desequilíbrio no que diz respeito à oferta de serviços de saúde, o próprio Ministério buscou nivelar o processo por meio de Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que, até a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, regularam o processo de estadualização e municipalização do SUS (ANDRADE, 2007). A edição das Normas merece atenção, visto que sua progressividade nos permite analisar o processo que levou à quase completa municipalização da oferta de serviços que está em vigor até os dias atuais, passando pela atenção primária até chegar aos atendimentos ambulatorio-hospitalares.

Tabela 1. Normas Operacionais Básicas

NOB-SUS 01/91	Editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Constituída pelas portarias 15, 16, 17, 18, 19 e 20 de 1991 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (Snas/MS). Cria o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI-SUS) para normatizar o pagamento a prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais. Define a quantidade de Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH) e Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA).
NOB-SUS 01/92	Diferente de sua antecessora, que marcava o poder do INAMPS dentro do Ministério da Saúde, contém uma carga ideológica municipalista. Procurou definir o conceito de <i>integralidade</i> e criticou o fato de o INAMPS centralizar os recursos da saúde. Foi o mesmo ano em que ocorreu a 9ª CNS cujo tema foi " <i>Municipalização é o caminho</i> ".
NOB-SUS 01/93	Regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.
NOB-SUS 01/96	Criou duas categorias de gestão municipal: a Gestão Plena de Atenção Básica (dá poderes ao gestor municipal para elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerir unidades ambulatoriais próprias e controlar o processo de contratação de prestadores de serviços e ações da assistência básica) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (dá poderes ao gestor municipal para elaborar toda a programação municipal, incluída a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo assim, aos municípios, a ampliação de suas responsabilidades).
Noas-SUS 01/2001	Com a implementação da NOB/96, houve uma intensificação do processo de descentralização. Fruto desse processo, foi desenvolvida a Noas-SUS 01/2001 que estabelece diretrizes para a) o processo de regionalização da assistência; b) fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; c) atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Noas-SUS 01/2002	Teve como finalidade a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde.

Fonte: PEREIRA, Ana Carolina do Carmo. A saúde pública enquanto direito social: a situação da cidade de Marília-SP de 2009 a 2015 em relação aos atendimentos do SUS. 2016. 113 f. Monografia (Ciências Sociais). Universidade Estadual Paulista.

Substituindo as NOB/NOAS, o *Pacto pela Saúde (Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde e Consolidação do SUS)* inaugura uma nova fase do SUS em 2006. Seu propósito é o mesmo: definir os aspectos normativos do Sistema, mas agora, quase vinte anos depois da criação do SUS, muitos elementos já estavam delineados e novas necessidades estavam postas. Os debates que resultaram do Pacto foram articulados principalmente pelo CONASS e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e também tiveram como norte o tema da descentralização, com ênfase na necessidade de elaboração de políticas que correspondessem às especificidades da demanda local.

Em síntese, o Pacto estava formado por três componentes: 1) definição das responsabilidades de gestão de cada uma das esferas (municipal, estadual e federal), a regionalização dos serviços, o financiamento e a gestão dos prestadores de serviços; 2) definição de seis blocos de financiamento (Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007): Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde; 3) definição de seis prioridades de saúde (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006): Saúde do Idoso, Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, Redução da Mortalidade Materna e Infantil, Fortalecimento da Capacidade de Resposta às Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase em Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza, Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Primária.

A descentralização¹⁵ foi uma das principais bandeiras do Movimento pela Reforma – nota-se pela forte presença em todas as fases – já que, nos termos em que o Movimento reivindicou, significaria que a gestão dos recursos da saúde estaria mais próxima da população que utiliza os serviços, no entanto, como veremos nos capítulos seguintes, esse termo foi apropriado pelo governo e ressignificado à exigência da política neoliberal emergente, tendo sido transfigurado em uma crescente sobrecarga financeira dos municípios.

A leitura de tais leis, decretos, portarias e normas pode levar à conclusão equivocada de que a transição do antigo Sistema para o SUS tenha ocorrido de forma

¹⁵ O tema da descentralização não esteve presente somente na luta pela saúde pública, na realidade, ele é adotado como elemento estratégico de articulação de diversos movimentos sociais a nível local, no sentido de reivindicar maior autonomia e poder de ação às gestões municipais frente ao governo federal, já que são a esfera mais prontamente acessível aos trabalhadores, sobretudo nos municípios médios e pequenos. (ELIAS, 1997)

tranquila e natural. Contudo, todo o debate que levou à regulamentação e estruturação do atual Sistema só foi possível graças à vigilante atuação do Movimento pela Reforma que, por meio de uma série de instituições (CONASS, CONASEMS, ABRASCO, CEBES, Conselhos Municipais e Estaduais, dentre outras) impôs – mesmo após a vitória constitucional – a pauta da saúde pública perante os governos que se seguiram, a despeito de todo o esforço contrário empregado tanto pela iniciativa privada, quanto pelas próprias instituições públicas envolvidas.

O processo de ‘redemocratização’ no Brasil ocorreu em um momento muito particular da conjuntura internacional. Se por um lado aqui estava sendo promulgada a ‘Constituição Cidadã’, assim conhecida por ter contemplado e garantido uma série de direitos sociais, demonstrando uma relativa vitória dos movimentos sociais, nos países centrais o que se via era uma forte contestação ao chamado Estado de bem-estar social de base keynesiana e um recrudescimento da política neoliberal. Estaria o Brasil desenvolvendo um sistema de bem-estar tardio em relação aos países da Europa ocidental? Ou melhor, o conceito de Estado de bem-estar se aplica ao Brasil? Por ser o Brasil um país periférico e, portanto, estar fora do círculo estratégico da conjuntura do pós-guerra que estabeleceu nos países centrais o Estado-providência, ainda há muita discussão sobre a existência ou não de um Estado de bem-estar por aqui. Para fins desse estudo, julgamos pertinente a análise de King (1987) em que ele aponta dois tipos de Estado de bem-estar social: *marginal* e *institucional*. Segundo ele,

(...) o primeiro [institui] um compromisso mínimo com o bem-estar e o segundo uma maior gama de responsabilidades do estado de bem-estar. Korpi distingue-os pela proporção da renda nacional despendida na política de bem-estar, pela proporção da população que recebe alguma forma de auxílio do estado de bem-estar, pela universalidade ou seletividade das políticas de bem-estar, pela progressividade do sistema tributário, pela importância de programas visando o pleno emprego e assim por diante [...] (KING, 1987, p. 61)

Tais apontamentos nos permitem concluir que o conceito de *bem-estar marginal* seria mais adequado ao caso brasileiro no período que se inicia com a Constituição de 88. Quando o autor indica como critério de distinção dos dois modelos a proporção da renda nacional despendida nas políticas e sua seletividade, ele faz referência ao caráter *focalizador* das políticas sociais, conforme apontou Draibe (1993) ao analisar as

políticas sociais da América Latina no contexto neoliberal¹⁶. Nesse sentido, a focalização dos serviços públicos seria a substituição do universalismo do Estado de bem-estar pela concentração de gastos públicos na população de baixa renda, o que, nos termos apontados por King, definiriam um Estado de bem-estar marginal¹⁷. No caso do Brasil, a focalização dos serviços foi efeito da política neoliberal que estava em pleno crescimento. As políticas de saúde foram, sem dúvida, uma das mais afetadas por essa política – sobretudo no que diz respeito ao financiamento, conforme veremos mais adiante –, e os problemas que enfrentamos hoje, mais de 30 anos depois, são decorrentes desse contexto.

3. Políticas de saúde no Município de Marília

No setor da saúde, o Município de Marília possui uma importante rede de estabelecimentos de saúde, tanto públicas, quanto privadas, que atuam em um sistema de ‘parceria’ com o município, seguindo o modelo de Organizações Sociais (OS)¹⁸. Possui 38 Unidades de Saúde da Família (USF), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Policlínica, 1 Pronto Atendimento (PA), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de alguns serviços diversos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tratamento de obesidade infantil pelo Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (CAOIM), uma Clínica de Fisioterapia, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Clínica de Fonoaudiologia, e o Programa Municipal de Ações Antitabágicas que visa à recuperação de dependentes de Tabaco. Dispõe ainda de uma Unidade Central de Assistência Farmacêutica (UCAF), que possui duas filiais nos principais bairros da cidade (zona norte e zona sul) que distribui os medicamentos da rede municipal e de um Banco de Leite Humano (BLH).

No que tange à formação de profissionais de Saúde, a cidade possui cursos de Medicina oferecidos por duas instituições, uma particular – Universidade de Marília (UNIMAR) – e uma pública – Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

¹⁶ Aprofundaremos a análise desse conceito no capítulo 3, que versa sobre Neoliberalismo e Políticas Sociais.

¹⁷ O aparente contrassenso dessa afirmação, considerando que a saúde figura na Constituição como direito universal, será mais bem esclarecido no item que versa sobre o subfinanciamento do Sistema.

¹⁸ Organização Social ou OS é um conceito jurídico que denomina um tipo de associação privada, com personalidade jurídica, sem fins lucrativos, que recebe subvenção do Estado para prestar serviços de relevante interesse público, como, por exemplo, a saúde pública. No Brasil, está regulamentada pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

Pela sua representatividade no estado de São Paulo e também pelo seu porte, foi escolhida para ser a sede de um dos dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, cuja abrangência inclui 62 municípios menores. A rede estadual compreende o Complexo HC-FAMEMA, que reúne os hospitais de ensino e os ambulatoriais: Hospital das Clínicas de Marília Unidade I (Clínico-Cirúrgico), Hospital das Clínicas de Marília Unidade II (Materno-Infantil), Hospital das Clínicas de Marília Unidade III (São Francisco), Hemocentro, Ambulatório de Especialidades Governador Mário Covas, Instituto de Olhos de Marília, Oncoclínica e o Centro de Reabilitação Lucy Montoro.

A rede privada conveniada com a rede pública, ou seja, as OS, compreende a Associação Beneficente Hospital Universitário (ABHU), que é o hospital de ensino da UNIMAR, a Santa Casa de Misericórdia de Marília e a Maternidade Gota de Leite que atua tanto nos atendimentos obstétricos e partos normais, quanto na contratação de profissionais das USF.

Dessa forma, o arranjo da rede pública de saúde de Marília é suficientemente complexo e estruturado e possui um porte considerável, o que tornou possível apontar os efeitos da política neoliberal, em nível nacional, no acesso aos serviços de saúde local, tendo em conta o caráter universal e descentralizado do Sistema Único de Saúde.

3.1. Atenção Básica

A *Atenção Básica* ou *Atenção Primária* consiste em todo o aparato institucional que compreende a ‘porta de entrada’ do SUS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁹, ou seja, as Unidades de Saúde vinculadas aos bairros, tanto em seu formato USF, quanto UBS. É no âmbito da Atenção Básica que acontecem as ações de prevenção (vacinação de humanos e animais, controle de zoonoses como dengue, por exemplo, dentre outras), além de ser o primeiro passo para o usuário conseguir acessar um exame ou consulta especializada e até mesmo tratamentos de alta complexidade.

Como já mencionado acima, o Município de Marília possui 38 USFs e 12 UBSs. Apesar de os dois modelos constituírem de forma semelhante à Atenção Básica, existem

¹⁹ Conforme consta na nova PNAB, aprovada pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu §1º: *A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS (Redes de Atenção à Saúde), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.*

diferenças substanciais entre os dois, sobretudo em Marília. No sentido de realizar um diagnóstico sobre a Atenção Básica no município, entrevistamos duas servidoras da Secretaria Municipal de Saúde que ocupam a função administrativa de Apoio da Atenção Básica e que conhecem de perto a realidade: Hellyayne Yoshi²⁰ e Valéria Castro²¹. Perguntamos às duas servidoras qual a diferença entre os dois modelos. Valéria nos respondeu que

UBS é um modelo bem antigo, e os médicos que compõem essas unidades já são especialistas. Você tem no mínimo um pediatra, um clínico geral e um ginecologista, diferente da Estratégia em que você tem apenas o médico clínico. A gente sente um pouco de resistência da própria população que muitas vezes faz questão de ter ali o médico especialista para atender, o que é uma das dificuldades. Com relação à Estratégia, a gente tem muito mais facilidade para repor profissional, justamente pelo modelo de contratação. Na UBS já não é assim. Você tem que abrir um concurso, tem a questão da Lei de Responsabilidade Fiscal, etc.

O modelo UBS é mais antigo e opera muito mais alinhado a um modelo de medicina curativa²², já que conta com médicos especialistas dentro da unidade de saúde, isso sem falar que algumas delas existem inclusive anteriormente ao SUS. O modelo USF, por outro lado, foi implementado por meio do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), ao qual a entrevistada se refere acima, que foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde. Quanto aos princípios do modelo USF, Hellyayne nos esclareceu alguns aspectos:

O Ministério utiliza a nomenclatura Unidade Básica de Saúde nos dois casos, pois as duas fazem parte do modelo de Atenção Básica ou Primária. O que acontece é que a Estratégia Saúde da Família apresenta alguns princípios diferentes do modelo tradicional. Ela tem uma carga horária definida para os profissionais da equipe no sentido de buscar um vínculo maior com a população [40 horas semanais]. Além disso, Estratégias foram implantadas com o objetivo de alcançar as periferias das cidades, nos bairros mais distantes. Já nas UBS, a carga horária dos médicos é de 15h semanais, ou com dobra, 30h semanais. Atualmente o Ministério já permite uma maior flexibilização de carga horária dos médicos da Estratégia até mesmo pela dificuldade de contratação de profissionais.

²⁰ Hellyayne é funcionária contratada por meio do convênio com a Maternidade Gota de Leite, com formação em odontologia, ocupa a função desde 2013 e é responsável por 10 das 38 USFs (as demais 28 USFs estão divididas entre outras três apoiadoras também contratadas pela Maternidade).

²¹ Valéria é servidora pública municipal, enfermeira, ocupa a função desde 2015 e é responsável por apoiar as 12 UBSS.

²² A *medicina curativa* leva em consideração a cura e o tratamento da doença após ela ter se instalado no organismo do paciente. Tudo o que se pode fazer em prol da saúde antes que qualquer doença se instale é considerada *medicina preventiva*.

O vínculo ao qual a entrevistada se refere tem ligação com o próprio nome do programa. O médico generalista, neste modelo, deve ser estável e buscar uma relação próxima com as famílias daquela comunidade, conhecer seus hábitos alimentares, sua realidade social, os problemas econômicos e sociais da região, para que seja possível operar, portanto, com o princípio de medicina preventiva. As USFs deve atender, no máximo, 4 mil pacientes, justamente para que esse vínculo seja possível, o que ficaria impossibilitado diante de um público muito grande.

Outro aspecto importante está relacionado à carga horária e ao modelo de contratação dos profissionais, ponto mencionado por ambas as entrevistadas. No Município de Marília ocorre da seguinte maneira: os profissionais das UBSs são em geral contratados por meio de concurso público e cumprem uma carga horária de 15 horas semanais, ou, conforme relatou Hellayne, com dobra de carga, totalizando 30 horas semanais, enquanto os profissionais das USF são contratados por meio de uma OSS, a Maternidade Gota de Leite, e devem, via de regra, cumprir uma carga horária de 40 horas semanais.

Quanto ao modelo de contratação dos médicos e demais profissionais de saúde das USF em Marília (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários), cabe a análise de alguns aspectos jurídicos.

A Associação Feminina de Marília Maternidade Gota de Leite é uma entidade filantrópica fundada em 1931. Ela possui cerca de 600 funcionários – 400 em convênio com a Prefeitura de Marília, atendendo nas USF ou trabalhando no setor administrativo da Secretaria de Saúde – e desde 2014, 100% dos seus leitos de parto são destinados ao SUS. O contrato que rege a contratação dos profissionais das USF, celebrado entre a Prefeitura e a Maternidade existe desde 2005 e é renovado ano a ano sem que seja realizado nenhum processo licitatório. No início de 2016, o Ministério Público Federal moveu na Justiça Federal de Marília uma Ação Civil Pública contra o ex-secretário da Saúde, Hélio Benetti, a Associação Feminina e Maternidade Gota de Leite e a presidente da associação, Virgínia Baloni, que na época também era Presidente do Conselho Municipal de Saúde (COMUS), por improbidade administrativa²³, apontando justamente a ausência de processo licitatório nas recorrentes renovações do contrato, reivindicando a Lei de Licitações e Contratos Administrativos, nº 8666/93. A decisão da

²³A ação é um desdobramento de outro processo de 2015 que já considerou o convênio irregular e resultou em um acordo judicial para que até o final de 2018 a Prefeitura abrisse um chamamento público para dar continuidade ao programa.

Justiça considerou o contrato irregular e afirmou que os documentos comprovaram que a Maternidade havia se transformado em um enorme ‘cabide de empregos’, além de abrir o prazo de seis meses para que a prefeitura abrisse um chamamento público. O prazo se esgotou em outubro de 2017, o chamamento foi aberto, no entanto, até o presente momento não foi celebrado um novo contrato, já que o processo foi alvo de uma série de contestações jurídicas por parte da Maternidade.

A imprecisão jurídica relacionada à contratação da Maternidade de certa forma apoia-se na ausência de regulamentação a nível federal da lei que regulamenta a contratação de OSS no Brasil. A Lei Federal nº 9.637, de 1998 já completou 20 anos de existência e nunca foi regulamentada a nível federal, conforme determina seu art.20²⁴. Tão logo sancionada, a constitucionalidade da referida lei foi questionada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) Nº 1.923-5. Em 2015, após dezessete anos, o STF julgou a lei constitucional e sobre a obrigatoriedade ou não de licitação, a Suprema Corte decidiu

[...] que não cabe falar de licitação, porquanto a qualificação [das OSS] configura um ato de credenciamento da entidade civil, sobre o qual não incide o dever constitucional de licitar. [...] O objeto do contrato de gestão não é a compra de serviços no mercado, em ambiente de competição. Trata-se de um ajuste em que as partes instituídas têm finalidades estatutárias convergentes, e visam ao alcance de objetivos comuns. [SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Estudo realizado no âmbito da parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, estabelecida por meio do 88º Termo de Cooperação, 2016, p. 15]

Ou seja, considerando as entidades que possuem o status jurídico de instituições filantrópicas, a Suprema Corte entende que não se trata de uma terceirização de serviços, mas sim, de um contrato entre partes juridicamente semelhantes que, ao celebrarem o contrato, estão, trocando em miúdos, do mesmo lado do tabuleiro.

Dessa forma, no caso do Município de Marília, a ausência de licitação estabeleceu algo que podemos chamar de uma certa ‘hegemonia’ por parte da Maternidade que, ao longo desses pelo menos 13 anos de contrato, vem impondo à administração municipal a manutenção de seus interesses econômicos e institucionais já

²⁴ Por não estar regulamentada a nível federal, cabe ao juiz que julga a causa decidir se vai aplicá-la, ou não. Por isso, no caso da Justiça Federal de Marília, o Juiz optou por não aplicá-la e reivindicar a Lei nº 8666. No caso de Marília, não há empresas postulando contrato, pois nunca houve licitação. É justamente a ausência de regulamentação da lei que causa esse imbróglio jurídico.

que sua permanência encontrou apoio, inclusive, de um setor do COMUS, conforme nos relatou em entrevista Eduardo²⁵, médico membro ativo do COMUS de Marília:

Tem muito líder de bairro e profissional de saúde em favor das OSS, defendendo a Gota de Leite. A gente sabe, por exemplo, que se os profissionais de saúde fossem contratados por meio de concurso público, os gastos com Atenção Básica seriam muito menores. Mas tem muita gente no interior do COMUS defendendo a permanência desse modelo de contratação por meio de OS. Existe inclusive uma informalidade muito grande na relação com a Prefeitura de Marília, algo que está sendo contestado inclusive juridicamente.

Quanto à afirmação de que a contratação de profissionais por meio de concurso público, ou seja, sem o intermédio das OSS, seria menos custosa ao poder público, não dispomos de instrumentos para comprovar, mas o que resta evidente nesse imbróglio é que a Maternidade vem defendendo seus próprios interesses e não o interesse público, contrariando a declaração do STF. Se tal declaração correspondesse aos fatos, no caso de Marília, não haveria razão para que a Maternidade estivesse prolongando a licitação por meio de ações judiciais *contra* a Prefeitura ou, na terminologia jurídica, a Maternidade é autora e a Prefeitura é ré.

Além da iniciativa do Ministério Público Federal, há outros indícios de irregularidades no contrato da Prefeitura com a Maternidade. A própria Corregedoria Geral do Município instaurou procedimento administrativo publicado no Diário Oficial do Município em fevereiro de 2017, para apurar uma denúncia realizada pelo Coordenador do Fundo Municipal de Saúde em que ele apontou que *recursos destinados ao pagamento do convênio teriam sido utilizados pela Maternidade para custeio de pessoal de serviços que estavam fora da abrangência do contrato*. Algumas semanas antes, o vereador Cícero da Silva (PV) havia apresentado requerimento para que fosse criada uma comissão na Câmara para apurar irregularidades no contrato, solicitando que fosse verificada “*contratação de pessoas ligadas a políticos, e que através de tais influências recebem salários acima da realidade; além do não cumprimento da jornada de trabalho, dentre outras irregularidades*”²⁶. Tanto o procedimento da Corregedoria, quanto o da Câmara Municipal ainda estão em tramitação.

²⁵ Eduardo Perillo Mendes de Vasconcellos é médico formado em 2015 pela FAMEMA, atua como Médico da Estratégia Saúde da Família em Pompéia-SP (cidade distante cerca de 20km de Marília) e membro do COMUS – Marília.

²⁶ Requerimento da Câmara Municipal de Marília nº 99 de 2017.

Outro aspecto importante relacionado ao contrato com a Maternidade é em relação à alta rotatividade de profissionais médicos, o que, muitas vezes, se traduz em falta de profissionais nas Unidades, conforme nos pontuou Hellayne:

E tem uma outra coisa também que acontece muito nas USFs que é a rotatividade de médicos. Os médicos não constituem uma relação com o paciente e sua família. Eles passam em outro concurso ou na residência e vão embora.

Pode-se atribuir ao menos duas causas a essa alta rotatividade: 1) modelo de contratação celetista, que não estimula a construção de uma carreira pública em saúde; 2) falta de interesse dos profissionais em construir essa carreira pública, o que, por sua vez, encontra causa na desmoralização do SUS.

No geral, o perfil do profissional contratado por meio do convênio com a Maternidade é aquele recém-formado que busca empregar-se enquanto se prepara para o exame de admissão na residência médica, assim, ao ser aprovado, abandona o emprego público e buscam construir uma carreira com ênfase em clínicas particulares e plantões ambulatorio-hospitalares, que são financeiramente mais vantajosos. O salário inicial de um médico da ESF é de aproximadamente 11 mil reais para o cumprimento de uma carga horária de 40 h/semana²⁷ o que corresponde mais ou menos à média de um empregado ou funcionário público com ensino superior, mas está muito abaixo da expectativa dos médicos brasileiros. No caso de Marília, conforme já apontamos, existem duas instituições que oferecem curso de medicina: uma particular – Universidade de Marília (UNIMAR) – e uma pública – Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). No caso da UNIMAR, por exemplo, a mensalidade inicial é de R\$ 9.946,56²⁸. Desconsiderando os reajustes anuais, os materiais didáticos e demais custos secundários, o estudante investe ao menos 715 mil reais durante os seis anos de formação básica, o que nos leva a concluir que um salário de 11 mil mensais não é compatível com o investimento ora realizado pelo estudante. Já no caso da FAMEMA, a razão candidato/vaga passa de 180 no vestibular de medicina, fazendo com que o estudante tenha que empregar anos de estudo em cursinhos pré-vestibulares que, além

²⁷ Segundo Eduardo Vasconcellos, o salário dos médicos da ESF em Marília é cerca de 4 mil reais abaixo da média da região, incluindo a cidade de Pompéia-SP, cujo salário inicial gira em torno dos 16 mil reais mensais.

²⁸ Informações constantes do portal <http://www.unimar.br/cursos/graduacao/medicina/>.

do custo financeiro, resulta em um desgaste emocional considerável, o que eleva a expectativa de remuneração dos profissionais.

O que resulta disso é propriamente o oposto do que preconiza o Ministério da Saúde: os médicos das UBS são muito mais estáveis e tendem a construir uma carreira em saúde pública mais longa que os médicos das USF no município de Marília. Por outro lado, contratar e repor profissionais médicos para UBS é muito mais difícil no sentido burocrático, já que, conforme apontou Valéria, demanda abertura de concurso e esbarra na Lei de Responsabilidade Fiscal²⁹ que impõe um limite prudencial do orçamento que pode ser destinada com gastos de pessoal efetivo, ou seja, contratado por meio de aprovação em concurso público – limite este que a Prefeitura de Marília vem atingindo desde a gestão Vinícius Camarinha. Além disso, os salários dos médicos concursados também não são atraentes para os profissionais. A remuneração dos servidores públicos municipais de Marília é denominada por meio de referências que vão do nº 1 ao nº 48³⁰, que correspondem aos cargos, e das letras A até M que correspondem às progressões que cada cargo pode atingir. O salário dos médicos alcança a maior referência que é 48 e pode evoluir do 48-A, que é o salário inicial de R\$ 3.267,43 até o 48-M, podendo alcançar R\$ 4.937,31, além dos demais benefícios como anuênios, quinquênios dentre outros. Note que a carga horária referente a esses salários é de apenas 15 h/semana, ou seja, 3h/dia, permitindo que o médico realize jornadas suplementares em outras instituições, clínicas ou até mesmo plantões hospitalares, no entanto, a procura em concursos públicos é muito baixa.

O último concurso para a contratação de médicos para UBS realizado pela administração municipal ocorreu em 31 de agosto de 2014. O concurso ofertou 31 vagas no total, sendo 13 vagas para clínico geral (21 inscritos), 12 vagas para ginecologista (3 inscritos) e 6 vagas para pediatra (7 inscritos). (PEREIRA, 2016, p. 45)

Perguntamos à Hellyne sobre a falta de médicos nas Unidades, o que certamente não é um problema enfrentado somente pelo Município de Marília, e ela nos esclareceu que:

Sim, essa é uma das dificuldades, mas já vivemos dias piores que hoje. Realmente existe a necessidade de uma formação acadêmica desde a graduação que trabalhe em uma valorização do profissional do SUS. É preciso ampliar o leque de possibilidades dos profissionais médicos e dentistas que vá além do plantão e da clínica e esse é

²⁹ Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

³⁰ Lei Complementar nº 11, de 17 de dezembro de 1991.

realmente um problema de formação. Na Odonto, por exemplo, na minha época de formação a gente tinha muito pouca aproximação com o SUS. A gente fazia no máximo uma escovação supervisionada, uma aplicação de flúor, uma coisa muito simples frente ao que a Odonto pode fazer na Atenção Básica. Essa aproximação na academia já vem acontecendo, vem ampliando a visão dos estudantes em relação às possibilidades que o SUS oferece. Penso que essa seja uma das dificuldades que vem sendo exploradas agora.

Dois aspectos muito importantes que essas considerações revelam são o perfil elitizado dos estudantes de medicina e a lógica mercantilizada e instrumentalizada da formação dos profissionais de saúde em geral, que não valoriza uma educação voltada à saúde pública. Um estudo recente de Demografia Médica publicado em 2018 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) concluiu que a maioria dos médicos do Brasil é *branca e tem renda familiar elevada*.

Um total de 77,2% dos entrevistados se autodeclara da cor branca, porcentagem que sobe para 89,5% na região Sul, 80,9% no Sudeste, e cai para cerca de 54% no Nordeste e no Norte. Apenas 1,8% se declararam negros e 16,2%, pardos. Segundo o Censo do IBGE de 2010, no total da população brasileira, 7,6% se declararam negros, e 43,1%, pardos. [...] Pouco mais de um terço deles (35,4%) vem de famílias com renda mensal entre três e dez salários-mínimos. As famílias de outros 29% têm renda mensal de 11 a 20 salários-mínimos. Entre os egressos formados em escolas do Norte do País, 14,8% são de famílias que ganham até três salários-mínimos mensais. Aqueles que vêm de famílias com renda mensal mais elevada, acima de 21 salários-mínimos, são 31,2% dos estudantes de faculdades privadas e 20,4% de instituições públicas. [Demografia Médica no Brasil 2018]

Além disso, as evidências que reunimos por meio de várias entrevistas revelam que, a despeito de outros fatores, os médicos da Atenção Básica no município de Marília valorizam mais um atendimento voltado ao aspecto curativo e especializado do que um atendimento conforme preconiza a ESF, que deveria atentar-se muito mais às possibilidades de prevenção e autonomia do paciente em relação ao cuidado com o seu próprio corpo³¹.

Em relação à nova PNAB, cabe pontuar que, do ponto de vista das duas apoiadoras entrevistadas, a mudança apresenta alguns aspectos positivos, apesar de deixar alguns pontos em aberto, a partir dos quais cabem diferentes interpretações, o

³¹ Sobre essa questão trataremos de forma mais aprofundada no próximo subtítulo que versa sobre Atenção de Média e Alta Complexidade.

que vem gerando dúvidas. Sobre o principal aspecto gerador de discussões sobre a nova Política, que é em relação à possível desvalorização do modelo Estratégia Saúde da Família, ambas as apoiadoras afirmam que, de fato, o modelo antigo (UBS) foi mais valorizado na política, inclusive em termos financeiros, o que elas enxergam de uma forma positiva, já que ele vinha sendo deixado de lado em detrimento do modelo USF. Note que a fala das apoiadoras vai na contramão do que preconiza as principais instituições que se mantêm na luta pela defesa da saúde pública, inclusive o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Acreditamos que, diante das evidências, isso se deve principalmente ao fator conjuntural local que apontamos acima, que é a diferença entre os modelos de contratação de médicos de UBSs e USFs e a dificuldade de manutenção de profissionais no modelo USF no Município de Marília. Isso porque, caso haja uma maior vinculação de verbas para o modelo UBS, é possível abrir concursos para contratação de médicos, o que se apresenta como a grande dificuldade do modelo. Apesar dessas considerações, conforme já apontamos, ainda é muito cedo para apontar qualquer conclusão sobre a nova Política, já que ela foi publicada há pouco mais de um ano e ainda está em construção técnica e legal.

3.2. Atenção de Média e Alta Complexidade

A Atenção de Média e Alta Complexidade compreende a rede de serviços de saúde que correspondem, em geral, consultas ambulatoriais com especialistas, exames e diagnósticos mais complexos, procedimentos cirúrgicos e tratamentos em geral. São basicamente todos os serviços que não cabem à Atenção Básica e que demandam maior especialização profissional e maior densidade tecnológica.

A importância dessa rede de serviços muitas vezes é negligenciada por parte dos gestores, pois, conforme apontamos anteriormente, a tendência focalizadora da política neoliberal em relação às políticas sociais inclina-se para uma certa supervalorização da Atenção Básica. É importante observar que essa supervalorização não tem o mesmo conteúdo da valorização defendida pelos profissionais de saúde que se mantêm em luta pela saúde pública e pelo fortalecimento da ESF, mas sim, tem a ver com uma limitação dos serviços públicos até atingir um mínimo necessário, para o menor público – o mais necessitado – possível.

Em Marília, esses serviços são oferecidos pelo Complexo HC-FAMEMA, que é de competência estadual e, no âmbito municipal, seguindo o modelo de OS, em

convênio entre a Prefeitura e os hospitais privados ABHU e Santa Casa de Misericórdia, já que o município não conta com um hospital público municipal. Assim, estado e município atuam em parceria na oferta de vagas, considerando que, em todos esses hospitais, não são atendidos somente os usuários de Marília, mas também os usuários de todos os demais 61 municípios integrantes da DRS IX da qual Marília é sede.

O fluxo de atendimento em Marília, em geral, funciona da seguinte forma: usuário procura a unidade de saúde que atende seu bairro (seja ela USF ou UBS), passa por consulta com o médico generalista que constata a necessidade de avaliação de um especialista e encaminha o paciente que, por sua vez, entra na fila de espera para as vagas dessa determinada especialidade. O controle da fila de espera e a distribuição de vagas cabe ao município de Marília, por meio da Central de vagas do DACA³², setor da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo as vagas ofertadas pelo Complexo HC-FAMEMA que é de gestão estadual.

Entrevistamos novamente a Supervisora do DACA, Ana Claudia Félix Zerlotti³³, para elucidar alguns aspectos relacionados aos serviços da rede de Média e Alta Complexidade e, sobre o sistema utilizado para o controle e a distribuição de vagas de todos esses pacientes e ela nos respondeu:

Atualmente, estamos utilizando o sistema informatizado CROSS [Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde], que inclusive o HC está aderindo (no momento utilizam o Sistema Web), que ajuda a cruzar as necessidades de vagas com as vagas de fato. As vagas da ABHU e da Santa Casa já são todas colocadas no CROSS. Daí, a Unidade de Saúde alimenta o sistema dos encaminhamentos realizados pelo médico clínico e o mesmo sistema informa a quantidade de vagas disponíveis e, de acordo com a fila de espera da Unidade, ela recebe proporcionalmente a quantidade de vagas.

Em 2015 já havíamos entrevistado Ana Claudia que já ocupava a mesma função à época, mas a partir dessa nova entrevista conseguimos coletar novas evidências muito pertinentes no que diz respeito à demanda reprimida³⁴ desse setor, que foi um dos aspectos mais evidentes da pesquisa anterior. A questão da demanda reprimida foi fundamentada, sobretudo, pelo volume de reclamações registradas na Ouvidoria Geral do Município.

³² Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria.

³³ Ana Claudia Félix Zerlotti é enfermeira, e atua como Supervisora do DACA desde 2010.

³⁴ A demanda reprimida ocorre quando há a necessidade de atender o paciente, mas é impossível efetivar essa intenção devido à ausência de recursos humanos, financeiros, estruturais, etc.

A Ouvidoria Geral do Município é um órgão da administração municipal que recebe, por meio de cinco canais de comunicação (telefone, *Whatsapp*, presencial, e-mail e formulário eletrônico) reclamações, denúncias, solicitações de serviços e informações, sugestões e elogios que estejam relacionados aos serviços que são de responsabilidade do executivo municipal, incluindo os serviços de saúde. A Ouvidoria foi regulamentada em Marília por meio da Lei Complementar nº 678/2013 e compõe um dos segmentos do que a Lei denomina *Controladoria Geral*, composta por três órgãos: *Ouvidoria Geral do Município*, *Auditoria Geral do Município* e *Corregedoria Geral do Município*. A existência desses órgãos atende ao princípio da transparência preconizado pela Lei Federal de Acesso à Informação nº Lei nº 12.527/2011. No caso específico da saúde, a necessidade de controle social por meio das Ouvidorias foi apontada pelo *Pacto pela Saúde* de 2006. No mesmo ano foi regulamentado o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges – SUS) pelo Decreto nº 5.974 de 29/10/2006, cuja atribuição consiste em elaborar ações com o objetivo de criar a *Política Nacional de Ouvidoria em Saúde* e também criar estruturas descentralizadas de Ouvidoria com o objetivo de proporcionar aos usuários um canal de comunicação direto com os gestores, no sentido de avaliar os serviços prestados pelo SUS. Em 2007 o Doges desenvolveu o sistema *OuvidorSUS* que é disponibilizado gratuitamente aos municípios e estados e permite a integração entre as ouvidorias em saúde municipais e estaduais e as coloca em contato direto com o Ministério da Saúde.

A Ouvidoria do Município de Marília vem passando por uma série de reestruturações desde a sua criação em 25 de março de 2013 e, a partir de agosto de 2016, passou a atender as demandas de saúde por meio do sistema *OuvidorSUS*³⁵.

A análise das demandas da Ouvidoria permite verificar algumas tendências interessantes no que tange aos cuidados em saúde no município, isso porque é o canal que lida diretamente com o paciente reclamante e que, longe do estabelecimento de saúde e dos possíveis percalços que podem envolver um atendimento, tem uma maior capacidade de traçar um diagnóstico mais próximo da realidade daquele que é – ou deveria ser – o elemento mais importante do sistema: o usuário.

Passemos à análise dos dados das demandas registradas antes da adoção do sistema *OuvidorSUS* pelo Município³⁶.

³⁵ Sobre esse sistema (e os demais), trataremos a seguir, no subtítulo que versa sobre Recursos Financeiros e Sistemas de Informação.

Tabela 2. Demandas registradas no sistema antigo (25/03/2013 a 31/07/2016)

ASSUNTO	TOTAL
SAÚDE	2104
DEMORA EM AGENDAMENTOS DE SAÚDE	1938
RECLAMAÇÃO DE FUNCIONÁRIO - SAÚDE	456
MEDICAMENTO - FALTA/SOLICITAÇÃO	340
MÉDICO - FALTA/ATENDIMENTO	216
SAÚDE – USF	146
SAÚDE – UBS	104
TOTAL	5304

Elaboração própria com base nos dados oficiais fornecidos pela Ouvidoria Geral do Município.

Algumas considerações pertinentes sobre os dados. O assunto *Saúde* foi utilizado principalmente no início dos registros das demandas de saúde, logo na inauguração da Ouvidoria, quando ela ainda estava em fase de adaptação e pode compreender demandas sobre qualquer um dos assuntos anteriores. Os assuntos *Saúde – UBS* e *Saúde – USF* compreendem questões mais estruturais dos postos de saúde, como por exemplo, limpeza do prédio e acomodações para os usuários, além de questões relacionadas a rotinas e protocolos.

Note que desconsiderando o assunto *Saúde*, que não se permite ser analisado sinteticamente³⁷ visto ser uma denominação ampla, o assunto *Demora em agendamentos de saúde*, que corresponde justamente à demanda reprimida de Média e Alta Complexidade, totaliza mais de 60% das demandas.

Agora passemos às demandas registradas após o sistema *OuvidorSUS*.

³⁶ Tais relatórios foram fornecidos pelo Ouvidor SUS do Município, Rafael Vicente Mauad Armentano, que também é encarregado do Núcleo de Informação (NI) e foi um dos nossos entrevistados.

³⁷ A análise demandaria leitura individual de cada demanda, o que é inviável para fins deste trabalho.

Tabela 3. Demandas registradas no Sistema OuvidorSUS (01/08/2016 a 17/08/2018)

ASSUNTO	TOTAL
ALIMENTO	14
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	1490
ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	371
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	52
COMUNICAÇÃO	1
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	389
FINANCEIRO	13
GESTÃO	817
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	6
OUVIDORIA DO SUS	5
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	164
ROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	2
PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS	1
SAMU	17
TRANSPORTE	95
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	188
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	67
TOTAL	3692

Elaboração própria com base nos dados oficiais fornecidos pela Ouvidoria Geral do Município.

No caso do novo sistema, pode-se notar que a quantidade de assuntos, além de ser maior, também permite uma maior especificação das demandas, já que cada um desses assuntos pode ser referenciado com até mais três subassuntos, constituindo o que o Ministério da Saúde denomina como *Sistema de Tipificação das Demandas* e que permite relatórios mais analíticos. Neste caso, o assunto que corresponde majoritariamente à demanda reprimida de Média e Alta Complexidade, é o assunto *Assistência à Saúde* que totaliza mais de 40% de toda a demanda do novo sistema. A queda de aproximadamente 20% das demandas referentes à demanda reprimida de Média e Alta Complexidade na troca de sistemas pode ser atribuída a um fator fundamental: a maior gama de assuntos disponíveis pode pulverizar alguns casos para outros assuntos, já que a tipificação é realizada pelo atendente e, apesar de obedecer a alguns critérios objetivos, depende da interpretação dele.

Não resta dúvida de que, do ponto de vista do usuário mariliense, a demora nos agendamentos de Média e Alta Complexidade é o maior problema enfrentado. Para comparar as reclamações dos usuários com os dados do Sistema CROSS, solicitamos

insistentemente à Ana Cláudia um relatório quantitativo das demandas reprimidas por meio do sistema CROSS, mas até o momento não recebemos o referido relatório. De qualquer forma, por via indireta podemos apresentar algumas considerações a respeito de tais demandas.

Sobre o tamanho da fila de espera de especialidades, Ana Claudia respondeu que a demanda não é real:

[...] essa fila não é real. Isso porque tem muita gente nessa fila esperando por muito tempo, então, por exemplo: se tem lá 200 pacientes aguardando vaga para ortopedia, desses, grande parte já pagou consulta particular, ou mudou de cidade, ou faleceu. Internamente estamos iniciando um processo de diagnóstico dessa demanda reprimida para qualificar essa fila: saber quem precisa mais dessa vaga.

Pelo menos dois aspectos podem ser extraídos dessa fala. O primeiro deles é a afirmação de que a fila é realmente grande, tão grande que durante o tempo de espera, muitos pacientes buscam outros meios para resolver seu problema de saúde, ou até mesmo falecem. Dessa forma, podemos concluir que a demanda é tão real quanto a demora no atendimento, demora essa que modifica a demanda conforme o passar dos meses. O outro é em relação ao ‘diagnóstico’ da fila de espera, que é consequência do primeiro. Além das ‘baixas’, conforme nos relatou Ana Claudia, esse diagnóstico visa também determinar ‘quem mais precisa dessa vaga’. Essa fala também pode ter relação com o princípio focalizador ao qual nos referimos anteriormente, considerando a menor quantidade de serviços para a menor quantidade de pessoas possível, no entanto, ela se relaciona muito mais com outro aspecto que também já pontuamos: a formação dos médicos. Ela segue esclarecendo:

[...] por exemplo, na fila de ortopedia, que é muito grande, há muita dor lombar. Eu sou enfermeira e posso te dizer que nesse caso, é possível tratar na unidade, e não necessariamente passar por um ortopedista. Você pode fazer o paciente praticar exercícios físicos, melhorar sua alimentação, etc. Assim, se você tirar esse tipo de demanda da lista, ela já diminui consideravelmente. Por isso eu te falo que nossa demanda não é real.

A particularidade dessa afirmação de Ana Cláudia, é que ela apareceu na fala de outros entrevistados. Rafael, Ouvidor SUS e Encarregado do Núcleo de Informação desde 2013, ao ser questionado sobre as demandas reprimidas apontou a seguinte situação:

Tem muito médico que, para se livrar do paciente, prescreve o medicamento ou um pedido de exame e fica ‘livre’, tendo mais tempo para ficar ocioso em sua sala. Tem também médicos recém-formados, sem experiência clínica que ainda não tem a segurança de iniciar tratamentos sem a necessidade da avaliação de um especialista ou de um exame, como, por exemplo, no caso de uma pneumonia, que é comum e muitas vezes se diagnostica somente pela auscultação. Isso também gera uma demanda desnecessária. Muito se resolveria também com um trabalho de base de educação permanente. Se o paciente chega com uma queixa de dor de estômago, por exemplo, o médico pode trabalhar na dieta e na qualidade de vida daquele paciente, avaliar se há de fato a necessidade de ser encaminhado a um especialista mesmo. Mas não: a praxe é prescrever omeprazol e encaminhar a um gastro. É isso que preconiza a Estratégia Saúde da Família: avaliações clínicas que possam de fato, conhecer a família, a comunidade, as condições sociais. Mas para isso, é imprescindível uma equipe fixa, o que não é a nossa realidade.

Rafael é responsável por todos os sistemas informatizados de Marília e integrados com o Ministério da Saúde e, por isso, trabalha em contato direto com a ponta do atendimento que alimenta diariamente os sistemas pelos quais ele é responsável³⁸. O dia-a-dia de seu trabalho permite que ele tenha um bom panorama do que ocorre nas unidades de saúde. Além da fala dele, de certa forma, a mesma evidência apareceu nas falas de Hellyanne e Valéria no item anterior. Por outro lado, segundo Rafael, também existe por parte dos usuários uma exigência de obter encaminhamentos para especialidades ou receitas médicas que resolvam de forma imediata os seus problemas de saúde apresentados na consulta com o clínico.

Os pacientes, quando procuram o médico da Unidade de Saúde, pensam que foram mal atendidos se não saírem de lá com um encaminhamento para especialista, exame, ou uma receita médica. Eles saem frustrados. É necessária uma educação permanente da população.

Causa provável dessa tendência, é o que discussões entre profissionais de saúde e até mesmo profissionais da educação denominaram *medicalização*. A discussão mais ampla desse conceito transcende os objetivos deste trabalho, mas na medida em que coincide, de certo modo, com a crítica do modo de produção capitalista ora aqui apresentada, não podemos ignorá-la.

³⁸ A importância dos sistemas informatizados reside na relação intrínseca entre eles e a liberação de recursos financeiros, caso que está exposto no próximo subitem que versa sobre Recursos Financeiros e Sistemas de Informação.

A primeira crítica contundente à medicina moderna, na qual o conceito de medicalização foi amplamente discutido, foi realizada por Ivan Illich³⁹, pensador austríaco, em sua obra *Nêmesis da medicina*, publicada em 1973. Logo na introdução da obra, ele nos dá a direção da crítica que ele se propõe a desenvolver: “*Uma estrutura social e política destruidora apresenta como álibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar*” (ILLICH, 1975, p. 5). Em linhas gerais, a obra demonstra que a ‘empresa médica moderna’ levou à perda de autonomia do indivíduo sobre seu próprio organismo, além do monopólio do conhecimento médico e biológico por parte dos profissionais médicos. Além de Illich, Foucault também desenvolveu o conceito em várias obras sobre medicina e saúde, sobretudo no texto *O nascimento da medicina social*, publicado na obra *Microfísica do poder* em 1978.

Assim, a tendência à medicalização da medicina pode ser uma das causas das grandes filas de espera, já que parcela considerável dos problemas de saúde poderia ser diagnosticado e tratado a nível clínico, nas unidades de saúde dos bairros.

Supondo então, que essa fila de espera seja qualificada e que os encaminhamentos supostamente desnecessários sejam eliminados, é possível concluir que a demanda deixaria de ser reprimida e tornar-se-ia natural, permitindo que os usuários fossem atendidos em um tempo razoável e compatível com a gravidade do problema de saúde? Enquanto tal fila não for qualificada, não é possível responder de forma precisa a essa pergunta. Apesar disso, a ausência de recurso humano aparece mais uma vez na fala de Ana Claudia quando ela afirma que a qualificação dessa demanda “não é fácil, pois há muita falta de profissional entre outros problemas para que seja possível diagnosticar essa fila e mantê-la atualizada e rodando”.

Perguntamos à Ana Claudia como funcionam os contratos com os dois prestadores particulares: ABHU e Santa Casa.

Existe um contrato-mãe hoje com cada prestador, no qual, parte do recurso que custeia é federal e uma parte é recurso municipal. Para a ABHU, por exemplo, a proporção é meio a meio, porque como o contrato da ABHU é mais recente que o da Santa Casa e por isso tem menos recurso vinculado que a Santa Casa.

Caso o valor alocado nesse contrato-mãe, que tem um teto pré-estabelecido, não seja suficiente para suprir uma demanda minimamente razoável dentro de um

³⁹Illich foi considerado um autor polímata, já que a sua crítica ao que ele denomina ‘sociedade industrial’ perpassou diversas áreas da ciência como saúde, educação, ecologia, gênero, dentre outros.

determinado período, sobretudo em procedimentos que são urgentes para a vida, como por exemplo hemodiálise e quimioterapia, o município celebra Termos Aditivos (TA) que vão aumentando o teto da instituição, com recursos provenientes de quaisquer uma das esferas (municipal, estadual ou federal). Note que a verba federal já vem destinada a cada um dos prestadores – pois são conveniados diretamente com o Ministério da Saúde – cabendo ao município somente repassar o valor que vem direto do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde. Além disso, todo o valor excedente deve ser custeado pelo município, ou reivindicado por meio de contratos com as outras esferas. Nos dois casos, cabe ao município identificar a demanda, avaliar o recurso disponível, angariar mais recurso se for necessário e celebrar o Termo.

A contratação destes prestadores não passa por chamamento público ou nenhum procedimento licitatório desde que os valores dos procedimentos obedeçam ao que determina a Tabela SUS⁴⁰. O que pode ocorrer é que esses dois prestadores podem recusar-se a fornecer um determinado procedimento pelo valor da Tabela, se julgar que tal valor está muito abaixo do valor de mercado. Isso obriga o município a realizar um chamamento público com valor inicial maior que o da Tabela, e, segundo Ana Claudia, na maioria das vezes somente os dois prestadores participam. Isso porque *“[...] o município não pode simplesmente pagar um valor acima do da tabela, sem realizar o processo legal [...]”* conforme apontou a servidora. Dessa forma, é evidente que o poder decisório está não com o governo municipal, mas sim com o prestador de serviço, que faz valer o peso da balança em seu favor. Isso contraria mais uma vez o que afirmou a Suprema Corte na sentença proferida em 2015 no que tange à constitucionalidade da Lei que regulamenta a contratação de OSS.

Realizamos uma breve pesquisa de mercado para demonstrar a diferença entre o valor determinado pela Tabela e o valor de mercado no mesmo exercício financeiro (2018). Para isso, elegemos os procedimentos mais comuns e que atendem uma maior variedade de especialidades médicas.

⁴⁰ A Tabela Unificada do SUS define a remuneração de cada procedimento executado por meio dos contratos de prestação de serviços no SUS e é elaborada pelo Ministério da Saúde.

Tabela 4. Comparação entre valores de procedimentos na Tabela SUS e em clínica particular.

PROCEDIMENTO	TABELA SUS	PARTICULAR
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 190,00
ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA	R\$ 24,20	R\$ 140,00
MAMOGRAFIA	R\$ 22,50	R\$ 300,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 268,75	R\$ 650,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 268,75	R\$ 650,00

Elaboração própria com base em dados consultados no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e na empresa Ultra Rad⁴¹.

A comparação de valores demonstra que, de fato, o valor dos procedimentos da Tabela SUS está muito abaixo do valor de mercado. O caso mais manifesto é o da Mamografia que pela Tabela SUS é mais de 13 vezes menor que o preço de mercado. No entanto, no caso de Marília, os dois prestadores de serviço, apesar de privados, são entidades denominadas filantrópicas e, portanto, sem fins lucrativos, ou seja, não deveriam visar acumulação de capital como a empresa consultada.

O que podemos concluir até aqui, baseado nas evidências empíricas e nas referências teóricas, é que o problema da saúde pública consiste numa combinação complexa de diferentes fatores, tais como: formação dos médicos, a educação dos usuários do SUS e a mercantilização dos serviços de saúde, atingindo diretamente o atendimento na atenção básica e desaguando na atenção de média e alta complexidade, sendo uma das causas da demanda reprimida.

3.3. Recursos financeiros e Sistemas de Informação

Conforme preconiza a Lei Orgânica do SUS nº 8080 de 1990, os recursos que custeiam os serviços públicos de saúde são provenientes das três esferas administrativas: municipal, estadual e União que possuem seus próprios Fundos e cuja transferência de recursos é feita diretamente de um Fundo a outro. Para entender melhor como funciona a oferta de recursos e as transferências, entrevistamos o responsável pelo

⁴¹Ultra Rad Serviços Radiológicos é uma empresa de forte expressividade no mercado mariliense que realiza diagnósticos radiológicos, e os dados foram coletados em dezembro de 2018.

Fundo Municipal de Saúde, Rodrigo Pegoraro⁴². Sobre a atribuição do Fundo Municipal, Pegoraro esclareceu que:

Ele gerencia a questão financeira, principalmente as contas vinculadas que são os recursos estaduais e federais em relação às ações de saúde. Nós fazemos também a projeção orçamentária dos recursos próprios [municipais], apesar de a questão orçamentária ser revisada e definida pela Secretaria Municipal de Planejamento Econômico. Aqui passam os pedidos de compra, a gente indica se deve ser com recurso próprio ou vinculado.

Assim, toda transação financeira que envolva serviços em saúde passa pelo Fundo, que indica ao gestor a legalidade das ações e da origem do dinheiro a ser empregado.

No que tange aos recursos federais transferidos ao município para custear as ações referentes aos programas obrigatórios criados pelo Ministério da Saúde (Estratégia Saúde da Família, Programa Nacional de Imunização, Programa Mais Médicos, Programa Farmácia Popular do Brasil, Prevenção e controle HIV/AIDS, Sistema Nacional de Doação e Transplante de Órgãos, entre outros), houve uma mudança recente que foi implementada por meio da Portaria MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Segundo Rodrigo, essa mudança foi substancial, pois

[...] antigamente recebíamos esses recursos em vários blocos em contas bancárias distintas. Agora, temos duas contas onde o recurso é transferido e esses vários blocos se tornaram componentes de somente dois blocos, que são o bloco de custeio e o bloco de investimento. Essa indicação de onde o recurso deve ser gasto vem agora de forma indireta, por meio dos componentes, mas agora o gasto está mais flexível, o gestor pode tomar decisões de forma mais livre.

Traduzindo, antes da referida Portaria, os recursos eram transferidos por blocos que já direcionavam o destino em que deveria ser aplicado (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta complexidade, Assistência Odontológica, Assistência Farmacêutica, entre outros). A mudança é que agora, os recursos vêm em dois blocos: *bloco de custeio*, que deve ser utilizado para custear as ações em saúde já estruturadas e o *bloco de investimento* que deve ser utilizado para investimentos em estrutura como novas unidades de saúde, por exemplo. Questionamos a Rodrigo sobre o porquê dessa

⁴² Rodrigo Pegoraro é bacharel em Ciências Contábeis e ocupa essa função desde 2007.

mudança, tendo em vista sua experiência no setor, e quais tendências ele identificou por meio dela. Ele afirmou que, segundo o Diretor do Fundo Nacional

[...] é para dar mais autonomia aos gestores locais dentro do período. Eu penso que são passos gradativos dados pela União e que estão caminhando devagar para uma total autonomia ao gestor. As mudanças apontam para isso. Porque bem antigamente, a transferência era feita por programa, que tinham suas próprias contas. Depois, por blocos. Agora, por componentes. Provavelmente ela deve vir a dar uma autonomia total para o gestor. É o que se comenta entre os Fundos dos municípios que eu conheço.

Dessa forma, cabe cada vez mais ao gestor decidir os programas e ações nos quais cada montante de recurso deve ser aplicado. O médico Eduardo, sobre isso, considerou que

[...] o problema é que muitos gestores não são técnicos em saúde e precisam conhecer muito bem as necessidades do município, muitos são indicações, certo? E eu tenho impressão de que quanto menores as cidades, maior a chance de a gestão ser escolhida mais por questões políticas do que por competência técnica.

O mais recente Secretário de Saúde nomeado pelo Prefeito Municipal, Ricardo Sevilha Mustafá, é especialista em direito ambiental.

No entanto, essa pretensa autonomia, garantida por meio da Portaria, se transmuta em uma crescente sobrecarga do município em termos de financiamento do SUS. Na tabela a seguir, estão demonstradas as proporções de cada esfera no financiamento do SUS de acordo com cada ano indicado.

Tabela 5. Composição do Financiamento do SUS

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1991	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2010	46%	27%	28%
2014	43%	26%	31%
2017	43%	26%	31%

Elaboração própria com base na apresentação proferida por Francisco Funcia, assessor técnico do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para orçamento do SUS, no dia 4 de outubro de 2018 no auditório da Secretaria Municipal da Saúde.

Note que a participação proporcional dos municípios na composição do financiamento mais que duplicou entre 1991 e 2017, enquanto a participação da União diminuiu consideravelmente. Perguntamos a Rodrigo se, no caso de Marília, essa sobrecarga é sentida e ele respondeu:

Certamente o Tesouro Municipal vem sendo sobrecarregado por uma série de aspectos. Primeiro, houve um aumento da utilização da saúde pública justamente pela queda de poder aquisitivo da população em geral. Segundo, há o aumento natural dos custos, ou seja, se o Ministério cria um programa e repassa um determinado recurso para esse programa, ele não reajusta esse recurso de acordo com o aumento natural de custos por ano. Por exemplo, a portaria que determina os valores a serem pagos aos Agentes Comunitários é de 2014. De lá pra cá você teve reajuste de salários e não teve reajuste dos valores transferidos, entende? A mesma coisa se aplica à questão das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, a portaria é de 2012. O reajuste fica por conta do município. As demandas aumentam, mas o recurso está estagnado. Isso sem falar que a cobrança da população é muito mais direcionada ao poder local por estar mais próxima.

O que ocorre, segundo Rodrigo, não é uma queda na transferência dos recursos federais, mas sim, uma relativa estagnação que se traduz em uma queda proporcional, já que a população brasileira no geral vem envelhecendo e perdendo poder aquisitivo, conforme já pontuamos anteriormente, o que aumenta a população usuária do SUS. Além disso, os valores dos produtos e serviços aumentam ano a ano, seguindo os índices inflacionários e as oscilações de mercado. O resultado dessa soma é um quadro financeiro cada vez mais deteriorado e que, com a EC 95, tende a piorar grosseiramente. Na tabela abaixo, que apresenta os principais blocos de transferência, podemos verificar que no período de 2011 a 2016 houve algumas oscilações, mantendo os valores dentro de uma média mais ou menos constante, exceto pelo ano de 2016 que apresentou um salto considerável, o que, pelas quedas pontuais em anos anteriores, nos leva a concluir que os anos seguintes também podem apresentar quedas.

Tabela 6. Transferências do Fundo Federal ao Fundo Municipal de Marília

ANO	Atenção Básica	Atenção de MAC**	Vigilância em Saúde	Assistência Farmaceutica	TOTAL
2011	R\$ 10.986.595,23	R\$ 49.708.265,71	R\$ 1.226.690,38	R\$ 1.199.525,53	R\$ 63.121.076,85
2012	R\$ 12.850.892,68	R\$ 45.969.435,57	R\$ 1.512.768,07	R\$ 1.372.283,80	R\$ 61.705.380,12
2013	R\$ 14.182.414,75	R\$ 46.460.747,65	R\$ 1.509.424,31	R\$ 1.276.260,15	R\$ 63.428.846,86
2014	*	*	*	*	*
2015	R\$ 13.554.475,25	R\$ 57.336.374,70	R\$ 1.273.958,66	R\$ 1.356.260,15	R\$ 73.521.068,76
2016	R\$ 16.917.281,46	R\$ 59.021.076,87	R\$ 1.821.253,54	R\$ 1.644.331,10	R\$ 79.403.942,97

Elaboração própria com base nos dados dos Relatórios Anuais de Gestão do Município de Marília

*Não constam as informações nos Relatórios

**Média e Alta Complexidade

Com base na soma total dos recursos, podemos verificar um aumento de cerca de 25% nas transferências do Fundo Federal para o Fundo Municipal de Marília. Agora vejamos a tabela a seguir:

Tabela 7. Despesa total com saúde, por habitante, sob responsabilidade do município de Marília

ANO	DESPESA
2006	R\$ 120,92
2007	R\$ 126,37
2008	R\$ 160,57
2009	R\$ 181,26
2010	*
2011	R\$ 566,39
2012	R\$ 621,89
2013	R\$ 606,29
2014	R\$ 683,00
2015	R\$ 750,78

Elaboração própria com base nos dados dos Relatórios Anuais de Gestão do Município de Marília

*Não constam as informações nos Relatórios

Note que, apesar do aumento de 25% dos recursos federais, o gasto do município por habitante não se manteve estagnado, ao contrário, subiu cerca de 32% no mesmo período. Esse índice aumenta consideravelmente se considerarmos os valores de 2006: 525%.

O quadro piora se levarmos em consideração que a estrutura tributária brasileira é majoritariamente centrada na União, ou seja, o nível federal é o que mais arrecada em termos relativos e absolutos. A atual Constituição deu um primeiro passo para a descentralização da arrecadação, contudo, conforme pode se verificar na tabela abaixo, ainda cabe à União arrecadar quase 70% do montante global de impostos (ARAÚJO e SIQUEIRA, 2016).

Tabela 8. Participação dos níveis de governo na arrecadação tributária

NÍVEL	1980	1995	2010
FEDERAL	74,70%	66%	67,45%
ESTADUAL	21,60%	28,60%	26,50%
MUNICIPAL	3,70%	5,40%	6,05%

Adaptado de: ARAÚJO e SIQUEIRA, 2016.

Dessa forma, temos um sistema de saúde cada vez mais descentralizado, sobretudo na imposição financeira que sobrecarrega os municípios, e, por outro lado, um sistema tributário ainda extremamente centralizado na União. O que resulta dessa soma contraditória é que se estabelece entre os municípios uma situação heterogênea, já que cabe cada vez mais aos municípios custearem os serviços de saúde, e cada município dispõe de uma situação orçamentária diversa. Na prática o que ocorre é que SUS, portanto, não atende de forma igualitária a todos os cidadãos brasileiros.

Por fim, há outro aspecto importante a ser analisado que é a relação entre os Sistemas de Informação e a disponibilização de recursos. Vejamos.

O Ministério da Saúde estabelece alguns critérios para fixar o montante de recursos a serem transferidos aos municípios, e a maioria deles está relacionada à demografia da cidade. É levada em consideração a quantidade de habitantes, as faixas etárias mais populosas, a quantidade de homens e mulheres, dentre outros critérios. No entanto, a partir de 2011, que foi quando o banco de dados do Ministério da Saúde começou a ser amplamente informatizado, o principal critério passou a ser a produtividade dos municípios em relação aos serviços de saúde oferecido aos cidadãos – associado ao da demografia. Assim, por meio do preenchimento de uma série de sistemas informatizados distintos e com finalidades distintas, o município ‘presta contas’ ao Ministério que, por sua vez, mensura a produtividade e a eficácia das ações de saúde e, assim, valida, a transferência de recursos⁴³. Quem gerencia todos esses sistemas é Rafael, um dos nossos entrevistados que, conforme já pontuamos é o responsável pelo Núcleo de Informação da Secretaria de Saúde. Ele assessoria as unidades de saúde e setores da Secretaria que alimentam esses bancos de dados diariamente. Sobre esse trabalho integrado, perguntamos se ele enfrenta alguma

⁴³ Essas informações fornecidas pelos municípios são a base para o que o Ministério denomina *Indicadores de Saúde*. Esses indicadores avaliam os índices de natalidade, mortalidade, transmissão de DSTs, zoonoses, vacinação, dentre muitos outros, que permitem avaliar a situação sanitária do município ou estado.

dificuldade e ele nos respondeu que ainda existe muita resistência por parte das equipes das unidades, pois

[...] o sistema de informação chega pronto, desenvolvido pelo Ministério da Saúde de acordo com os protocolos dos Conselhos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, e também das exigências do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, quando você vai implantar o sistema, o fluxo dele não é compatível com fluxo da unidade. Essa é a principal resistência aos sistemas de informação. O fluxo do sistema segue o que é preconizado pelo Ministério da Saúde mediante as reuniões bipartite, tripartite, Conselhos, mas na prática em si, entra em conflito com o processo de trabalho da unidade. Isso porque a unidade teve que se adequar à ausência de insumo, de profissional, e aí, não dá certo.

O que ocorre, portanto, é que os protocolos administrativos do município não estão preparados para que o trabalho seja realizado de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério. Isso porque, diariamente as equipes são obrigadas a driblar a insuficiência de recursos humanos e financeiros para oferecer um mínimo de atendimento aos usuários. Um dos exemplos disso é o que Rafael expôs em relação à rotina da maioria das unidades de saúde em Marília:

A questão é que as exigências do Ministério obrigam a mudança de muitos processos de trabalho. Com a centralização dos sistemas por meio do e-SUS, por exemplo, o Ministério passa a ver todos os atendimentos. Um exemplo: é obrigatório que para a avaliação de exames e renovação de receitas que o usuário esteja presente, que seja realizado em uma consulta. Foi uma exigência dos Conselhos de Saúde. No entanto, a realidade da unidade muitas vezes leva ao profissional realizar esses procedimentos sem o paciente presente, pois é mais rápido, já que a demanda é muito alta. E o que acontece? Isso é feito por fora do sistema, não pode ser lançado.

Assim, na visão do Ministério da Saúde, cabe ao município complementar cada vez mais o recurso federal que não acompanha o aumento da demanda e, caso seja impossível complementar dentro de um nível satisfatório, o município se vê obrigado a driblar a ausência de recursos. Ao fazer isso, o município assume o risco de não conseguir demonstrar integralmente sua produtividade por meio dos sistemas informatizados e corre o risco de ter o recurso federal, que já não é suficiente, parcialmente, ou, no limite, totalmente cortado.

3.4. Participação Popular

Um sistema de saúde participativo foi uma das principais reivindicações do Movimento pela Reforma. A Constituição Federal estabeleceu a *participação popular* como princípio, regulamentado pela Lei nº 8142/1990, que estabelece os dispositivos de participação: as Conferências⁴⁴ e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos são órgãos colegiados de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo que existem nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal). São compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários⁴⁵ e sua atuação visa ao controle social por meio de reuniões periódicas, onde são formuladas estratégias e mecanismos de controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, além de aprovar o Plano de Saúde e os Relatórios de Gestão locais que são anuais.

O Conselho Municipal de Saúde de Marília (COMUS) foi criado pela Lei Orgânica do Município, em seu art. 190⁴⁶, e regulamentado pela Lei Complementar nº 02 de 14 de dezembro de 1990 e tem seu Regimento Interno homologado através do Decreto nº 11.133 de 07 de novembro de 2013. É composto por 32 titulares e 32 suplentes, conforme prevê a legislação em vigor. O presidente atual é Gilberto Martins, representante do segmento dos usuários.

Entrevistamos o Sr. Darci Bueno, membro atuante do COMUS desde 2002 e Presidente da *Sociedade Comunitária dos Amigos e Moradores do Prolongamento Palmital*, uma das associações de bairro do município. Ele reforçou a importância de o presidente ser representante do que ele denomina *sociedade civil* justamente porque os outros dois segmentos possuem vínculos corporativos com seus pares, o que poderia dificultar a fiscalização das políticas de saúde do município. A presidente no biênio anterior⁴⁷, por exemplo, era Virginia Balloni, que também é presidente da Maternidade Gota de Leite, a OSS que administra boa parte dos serviços da Atenção Básica do

⁴⁴ Art. 1, § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

⁴⁵ O segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do conselho de saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço.

⁴⁶ Art. 190 Ficam criados a Conferência Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, os Conselhos Locais de Saúde e os Conselhos Regionais de Saúde.

⁴⁷ Os mandatos são bienais.

município. Note que havia um conflito de interesses entre o COMUS, instituição fiscalizadora e a Maternidade, instituição fiscalizada.

Em teoria, o COMUS está devidamente estruturado para atender ao que determina a Lei nº 8142/1990, inclusive, segundo o Sr. Darci, é um dos Conselhos Municipais mais engajados da região. Perguntamos a ele se, na prática, há de fato participação social no âmbito do Conselho Municipal e ele nos respondeu:

Não. E eu vou te dizer o porquê. Para você ter uma ideia, no início do ano de 2018 houve uma reunião com vários secretários municipais para que os presidentes de associações de bairro levassem as reivindicações da comunidade até a gestão. Eu mesmo levei um pouco de cada setor: saúde, asfalto, etc. Até hoje [05/12/2018], nenhuma reivindicação minha foi atendida. Isso dificulta muito o nosso trabalho como presidente, pois isso tira toda a nossa credibilidade diante dos moradores do bairro. Essa falta de compromisso da gestão com os problemas cria uma falta de interesse dos usuários em participar das instâncias participativas, como o COMUS, por exemplo. De 40 anos pra cá, nenhuma gestão valorizou as associações de bairro, somente usou-as como instrumento de campanha eleitoral. Daí, ao invés de atender as nossas reivindicações, atende aos ataques feitos por meio das rádios e jornais locais e aos pedidos dos vereadores, isso desmoraliza muito as associações de bairro.

Perguntamos se o COMUS tem elaborado alguma ação para incentivar a participação popular e ele nos respondeu:

Como o Conselho não tem pernas para alcançar sozinho todos os problemas da cidade, nós estamos nos valendo do que a Lei nº 2/1990 determinou e estamos criando os Conselhos Locais de Saúde, vinculados às unidades básicas de saúde de Marília que são um total de 50. Já criamos quatro Conselhos Locais, e até o final do mandato, pretendemos criar todos os 50 Conselhos Locais. É também uma forma de aproximar o Conselho dos usuários, já que há pouco engajamento popular.

Considerando o curto tempo do mandato e a ausência de engajamento popular, é improvável que os cinquenta conselhos locais sejam criados até o final de 2019, que é quando o atual mandato termina.

O que podemos verificar é que o próprio poder político local desconsidera de forma sistemática as instâncias participativas, no caso o COMUS, já que tais instâncias não tem um poder imperativo⁴⁸ por si mesmas sobre o gestor e somente podem sugerir ações e apresentar propostas de políticas. Qualquer ação para além dessas deve contar

⁴⁸ A lei confere esse poder imperativo ao conselho na medida em que o define como deliberativo, mas não confere os instrumentos administrativos e financeiros necessários à efetivação desse poder.

com o apoio de outras instituições, como por exemplo, o Ministério Público. Essa atitude por parte do governo local gera um desinteresse por parte dos usuários, que por sua vez procuram outros meios para apresentar suas reivindicações, conforme nos apontou o Sr. Darci.

Um dos canais frequentemente procurados pelos usuários, para além da imprensa local e vereadores, é a Ouvidoria Geral do Município.

Foi o Pacto pela Saúde que indicou em 2006 a necessidade da implementação de ouvidorias em saúde nos estados e municípios, alegando a importância da participação e do controle da comunidade dos serviços de saúde. Em 29 de outubro de 2006 foi criado o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) regulamentado pelo Decreto nº 5.974/2006. Ao Departamento foram delegadas competências para ações com o objetivo de criar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e também estruturas descentralizadas de Ouvidoria com o objetivo de proporcionar aos usuários um canal de comunicação direto com os gestores, no sentido de avaliar os serviços prestados pelo SUS. Em parceria com o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), o Doges desenvolveu o *OuvidorSUS*, sistema informatizado que permite a integração entre as ouvidorias em saúde e as coloca em contato direto com o Ministério da Saúde.

A Ouvidoria Geral do Município de Marília, conforme já apontado, existe desde 25 de março de 2013 e a partir de agosto de 2016, passou a atender as demandas de saúde por meio do sistema *OuvidorSUS*, integrada com o Ministério da Saúde.

A crescente valorização de canais de atendimento como as Ouvidorias⁴⁹ responde à determinação da Lei de Acesso à Informação (LAI) nº 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de participação social por meio do acesso às informações públicas. A exigência da transparência de tais informações tem como base uma noção de participação social muito distinta daquela que fundamentou a criação dos Conselhos de Saúde. Em teoria, os conselhos de saúde favorecem muito mais a atuação de movimentos sociais como associações de bairro, partidos e sindicatos, por exemplo, e, justamente por isso, têm a capacidade de identificar demandas coletivas, e consequentemente propor políticas mais abrangentes. As ouvidorias, por outro lado, trabalham mais alinhada com o princípio de *individualização da demanda*, ou seja, recebem manifestações isoladas de problemas particulares os quais a gestão busca sanar

⁴⁹ Além das Ouvidorias, que recebem reclamações, solicitações de serviço, sugestões e elogios à administração, a LAI também determina a criação dos Serviços de Informação ao Cidadão (SIC), que são canais exclusivos para solicitação de informações oficiais.

pontualmente dentro do prazo previsto em lei. Considerando que o usuário tem, na maioria das vezes, seu problema resolvido por meio da Ouvidoria⁵⁰, ao passo que o os movimentos sociais raramente tem suas demandas atendidas – já que a atenção a tais demandas exige implementação de políticas amplas –é certo que o usuário opta pela Ouvidoria.

O que resta evidente é que a valorização das ouvidorias descaracteriza da noção de participação social conforme foi idealizado e reivindicado pelo Movimento pela Reforma, inclusive subvertendo a noção de saúde pública, tendo em vista que a manifestação dos usuários por meio das ouvidorias assume um caráter de atendimento individualizado, com um fluxo muito parecido com os serviços de atendimento ao cliente.

4. Gestão ou falta de recursos? Eis a (falsa) questão.

É de amplo conhecimento que o SUS não atende satisfatoriamente a todos os cidadãos, conforme preconiza a Constituição Federal e que há inúmeros problemas em todas as suas esferas de atuação. É comum que a mídia, agentes públicos, políticos (sobretudo em períodos de campanha eleitoral) atribuam tais problemas a falhas de gestão e à corrupção, evocando sempre o princípio de fazer ‘mais com o mesmo’, defendendo que há recursos suficientes, mas mal utilizados, quando argumentam a respeito das enormes filas de espera, da falta de medicamentos e profissionais, dentre outras questões. Tal alegação é defendida em detrimento da discussão sobre a insuficiência de recursos, ou seja, sobre o subfinanciamento do sistema, o que, desde a criação do SUS vem sendo um dos principais embates do Movimento pela Reforma com o poder público. A luta pela vinculação de receitas foi um dos eixos da luta mais geral pela estruturação jurídica do sistema, e levou a profundas mudanças na organização legal do financiamento ao longo desses trinta anos.

A questão que se coloca é a seguinte: falta recursos ou falta gestão de qualidade e transparência? Vejamos.

Foi o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 em seu §1º que definiu previamente que as três esferas (federal, estadual e municipal), além de dividir a

⁵⁰ Segundo relatório divulgado em 9 de janeiro de 2019 pela assessoria de imprensa da Prefeitura de Marília, 85% das demandas da Ouvidoria Geral do Município foram resolvidas em 2018. (fonte: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/ouvidoria-geral-do-municipio-divulga-relatorio-de-2018-e-mais-de-85-das-demandas-sao-solucionadas/>)

distribuição de serviços, também dividiria o financiamento do sistema. O orçamento das políticas de saúde passou a integrar o orçamento da Seguridade Social – que compreende saúde, previdência e assistência social.

O financiamento da seguridade social estava composto pela contribuição das três esferas além de contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre as folhas de pagamento, faturamento, COFINS e CSLL), contribuições sociais dos trabalhadores e 50% do faturado pela loteria. O conjunto desses recursos formaria um orçamento específico, o Orçamento da Seguridade Social (OSS, definido pelo artigo 195 da CF). Ficou instituído que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS, no entanto, a própria LOS promulgada em 1990 criou dispositivos que permitiram que o Ministério da Previdência Social reduzisse esse índice. Para se ter uma ideia, em 1991, o repasse ao Ministério da Saúde representou 33,1% da receita, porém, em 1992, esse volume caiu para 20,9% (MENDES e MARQUES, 2008). Além do dispositivo constitucional, a Lei nº 8142/1990, que compõe a LOS, dispôs sobre as transferências do Fundo Nacional aos Fundos Municipais e Estaduais (o que usualmente se denomina *transferência fundo a fundo*) e determinou que os critérios para tais repasses deveriam ser posteriormente regulamentados.

Não bastassem os problemas financeiros já existentes, em 1994 foi instituído o Fundo Social de Emergência – também designado Desvinculação das Receitas da União (DRU) – que definiu que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal. Sendo assim, foi necessário que o Ministério da Saúde buscasse fontes alternativas de financiamento para a saúde. A partir de 1997 passou a vigorar a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) que, neste mesmo ano, correspondeu a 27,8% do total das fontes de financiamento da saúde.

Em 2000 foi editada a Emenda Constitucional nº 29 que definiu que critérios para a vinculação de recursos mínimos de cada esfera para o financiamento do sistema e determinou ainda que os percentuais mínimos de cada esfera deveriam ser definidos por Lei Complementar a ser reavaliada a cada cinco anos. Somente em 2012, após doze anos, depois de muita pressão dos movimentos sociais e dos conselhos profissionais da área da saúde, a EC 29 foi regulamentada pela Lei nº 141/2012, que definiu os seguintes índices: 15% da União (apesar de que esse mínimo pode sofrer alteração com base na DRU), 12% dos estados e do Distrito Federal e 15% dos municípios.

Aqui vale apontar que o município de Marília, dentro do período pesquisado, gastou com saúde índices bem acima do mínimo preconizado pela Lei nº 141/2012:

Tabela 9. *Participação da receita municipal de Marília no financiamento das políticas de saúde.*

ANO	ÍNDICE %
2006	21,53
2007	19,82
2008	20,9
2009	22,86
2010	23,85
2011	23,03
2012	28,43
2013	25,36
2014	26,03
2015	27,36

Elaboração própria com base nos Relatórios anuais de gestão.

Esse crescente aumento da participação municipal no financiamento da saúde, também é efeito da perversão do princípio da descentralização pela política neoliberal, e representa uma sobrecarga financeira dos municípios proporcional à queda de recursos da União, conforme vimos no capítulo anterior. Apesar disso, os problemas persistem, o que nos leva a questionar se o índice mínimo determinado pela Lei nº 141 realmente atende à demanda financeira do SUS.

Caminhando para um quadro mais recente, podemos apontar pelo menos três Emendas Constitucionais que representaram derrotas ao financiamento dos direitos sociais, sobretudo ao da saúde: 86/2015, 93/2016 e 95/2016. A EC 86 de 2015 significou a derrota do *Saúde+10*, proposto por meio do PLP (Projeto de Lei Popular) nº 321/13, formulado por um conjunto de instituições e movimentos defensores da saúde pública, que defendeu a vinculação de 10% da RCB⁵¹ – Receita Corrente Bruta da União – para o financiamento do SUS. Como alternativa a essa proposta, foi aprovada a PEC 358/13, que destinou apenas 15% da RCL – Receita Corrente Líquida da União – para a saúde, o que, comparativamente, significou uma diferença de bilhões de reais a menos para o SUS em relação à proposta do PLP. Em 2016, a EC 93 aumentou o índice

⁵¹ Desde a publicação da Lei nº 141/2012 que definiu o mínimo de arrecadação que cada esfera deveria investir em saúde, os defensores do sistema já pretendiam vincular uma porcentagem da RCB ao financiamento de saúde.

da DRU – Desvinculação de Receitas da União – de 20% para 30% e criou a possibilidade da DRE – Desvinculação de Receitas dos Estados – e da DRM – Desvinculação de Receitas dos Municípios, apesar de definir que as duas últimas não poderiam atingir os recursos de saúde e educação. Finalmente, a EC 95, também de 2016 que institui um novo regime fiscal e impõe um teto de gastos com despesas primárias por 20 anos (2017 a 2036), tendo como base de cálculo para esse teto o que foi gasto em 2016 atualizado somente pelo índice do IPCA que é medido pelo IBGE mês a mês, e representa o índice oficial da inflação no Brasil.

A EC 95 (cuja Proposta que lhe deu origem ficou amplamente conhecida entre os movimentos sociais contrários à sua aprovação como ‘PEC do fim do mundo’) foi o golpe de misericórdia das políticas sociais no Brasil, pois representa o fim da universalidade dos direitos sociais, incluso o da saúde. Aqui surge um sério problema já que, desde a sua promulgação, a Constituição vem sendo reformada sem que tenham sido estabelecidas as condições para isso. Isso porque, o financiamento que já é deteriorado⁵², sofrerá uma perda estimada de, no mínimo, 400 bilhões de reais em 20 anos conforme Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicada em 2016, pois a Emenda desconsidera o crescimento populacional, a mudança do perfil demográfico, que aponta para um envelhecimento da população e, portanto, um provável aumento de demanda de serviços de saúde, o que ocasionará a queda do gasto *per capita* com saúde:

Em 2013, o IBGE publicou estudo de projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060, mostrando que a população brasileira atingirá o seu ápice em 2042, com 228,4 milhões de habitantes, e passará a partir de então a decrescer. Para 2060, a projeção é de 218,2 milhões. No horizonte da PEC, a população projetada para 2036 é de 226,9 milhões de habitantes, 10,1% superior à de 2016. O orçamento deste ano prevê a aplicação de valor equivalente a R\$ 519 per capita – valor que se reduziria em 2017 para R\$ 459 (em R\$ de 2016) em caso de continuidade da regra da EC 86 (devido à queda da RCL), e para R\$ 446 com a aplicação da regra da PEC 241. O crescimento populacional no período 2017-2036 provocaria uma redução do gasto público federal com saúde per capita em caso de aprovação da PEC 241, chegando a R\$ 411 em 2036, em R\$ de 2016 (IPEA, 2016, p. 13).

⁵² A título de ilustração, o SUS gastou em 2017 por pessoa: R\$3,60 por dia, R\$108 por mês e R\$ 1300 ao longo de todo o ano. Esse valor custeou vacinas para pessoas e animais, consultas, exames, cirurgias, medicamentos, transplantes, fiscalização de estabelecimentos que produzem e distribuem alimentos, cosméticos, produtos químicos, além de outras áreas de atuação do Sistema (valores constantes do portal <http://siops.datasus.gov.br>, onde está publicado todo o gasto com saúde dos municípios, estados e da União).

Soma-se a estes aspectos um agravante: a progressiva queda de beneficiários de planos de saúde que vem ocorrendo pelo menos desde 2015, provável efeito da diminuição do poder de compra e do aumento das taxas de desemprego no país. Os pacientes que deixam a saúde suplementar tornam-se imediatamente usuários integralmente dependentes do SUS, sendo assim, mais um fator responsável pelo aumento da demanda.

Tabela 10. Beneficiários da saúde suplementar no Brasil

ANO	BENEFICIÁRIOS
2014	50.430.692
2015	49.206.038
2016	47.616.436
2017	47.183.317
2018	47.228.069

Elaboração própria com base nas informações constantes do Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS/MS.

Além disso, o mesmo estudo aponta que em todos os 20 anos os gastos da União ficarão abaixo dos 15% previstos legalmente, o que representa uma violação de direitos fundamentais, sendo, portanto, inconstitucional.

Apesar de tais evidências, o discurso neoliberal endossa a tese de que o SUS dispõe de suficientes recursos que – eis o verdadeiro problema – são mal geridos. Esse foi o núcleo argumentativo do documento elaborado pelo Banco Mundial, intitulado *Notas de Políticas Públicas*, dirigidas à sociedade brasileira e especificamente aos candidatos à presidência e suas equipes econômicas nas eleições de 2018. Esse documento composto por quinze itens apresenta notas e sugestões relativas a políticas públicas como educação, sistema tributário, previdência, infraestrutura, transporte, mercado de trabalho, saúde, entre outros. O SUS figura no item 13 e é o único que conta com um documento específico intitulado *Propostas de Reformas do SUS* que, ao longo de suas dezesseis páginas, apresenta dez propostas de reformas expressas para ‘melhorar a eficiência do Sistema’ que economizariam, segundo o documento, R\$ 115 bilhões até 2030. A leitura do documento parece nos transportar ao universo perfeito das Parcerias Público Privadas (PPP), das Organizações Sociais (OS) e da eficiência financeira da

iniciativa privada que, conforme o documento, poderiam ser um excelente fator racionalizador para o SUS.

Dentre as ‘recomendações’ – dez, no total – ao menos quatro possuem um tom pronunciadamente alinhado à ideologia neoliberal, e que, segundo a nossa leitura, subvertem os princípios do SUS, são elas: 1) Melhorar a coordenação com o sistema de saúde suplementar (planos de saúde), relacionando e integrando o fluxo de atendimento dos usuários mistos, que são aqueles que utilizam o simultaneamente os serviços do SUS e os serviços oferecidos pelos planos de saúde, facilitando inclusive o compartilhamento das informações e dos prontuários; 2) Favorecer a administração de estabelecimentos de saúde por meio de OSS que são mais eficazes que a administração pública direta, aumentando a autonomia e a flexibilidade para a ação dos provedores de serviços, já que, segundo o documento, o arcabouço legal é ‘limitador’, o que impede a plena ação da iniciativa privada e restringe a sua eficácia financeira. Em suma: desregulamentação e privatização dos serviços; 3) Definir produtos e serviços que serão cobertos pelo SUS e a quem tais produtos e serviços irão atender, no sentido de assistir aos mais necessitados e inibir a judicialização da atenção à saúde. Novamente, o princípio focalizador da política neoliberal, que aqui figura explicitamente como a recomendação de oferecer o acesso ao SUS ao menor número de pessoas; 4) Redirecionar recursos da Atenção de Média e Alta Complexidade para a Atenção Básica, além de adotar critérios de desempenho para premiar municípios mais produtivos. Aqui, fica evidente o segundo sentido do princípio focalizador que é reduzir os serviços ao mínimo possível, valorizando os serviços mais simples em detrimento dos serviços mais complexos, que são mais caros, substituindo um sistema que é legalmente universal, por um sistema focalizado.

Toda a construção desse discurso tem como alicerce uma informação fundamental: o gasto com saúde no Brasil que, segundo Banco Mundial, corresponde a 9,1% do PIB, valor comparável à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que é de 9%, além de ser superior à média de seus ‘pares estruturais e regionais’ (6,7% e 7,2%, respectivamente), dados que, segundo o Banco Mundial, reforçam o argumento de que o problema fundamental não é o subfinanciamento, mas sim, a gestão ineficiente dos recursos. O documento também apresenta um gráfico comparando o gasto em saúde de alguns países da OCDE e pares estruturais e regionais do Brasil, além de demonstrar também a proporção de gasto público e privado dos mesmos países, que no Brasil é de, respectivamente, 48% e 52%.

Comparamos a situação brasileira com a de dois países escolhidos por possuírem sistemas de saúde com princípios diametralmente opostos: os EUA e o Reino Unido.

Tabela 11. *Comparativo de gasto total e gasto público com saúde*

PAÍS	Gasto total com saúde (% PIB)	Gasto público com saúde
Brasil	9,1	48%
EUA	16,1	49%
Reino Unido	8,1	86%

Elaboração própria com base nos dados do documento Notas de Políticas Públicas do Banco Mundial, 2018.

O sistema de saúde estadunidense é majoritariamente centrado em planos privados e somente pessoas abaixo da linha de pobreza e idosos são beneficiados por serviços gratuitos como o *Medicare* e *Medicaid*, que prestam apenas atendimentos mais simples e de emergência. O acesso dos demais cidadãos a serviços mais complexos somente ocorre por meio de planos de saúde, sejam eles empresariais ou privados. Já o sistema de saúde do Reino Unido, o *National Health System* (NHS) é público, universal e gratuito e a despeito da tradição liberal inglesa, os hospitais privados foram, ao longo dos 70 anos de sua existência, em sua maioria estatizados e a prestação dos serviços de saúde foi quase toda nacionalizada. Apesar de o sistema contar com uma ampla legitimidade social, sobretudo em relação à pressão pelo seu financiamento, desde 2010 o NHS sofre com os impactos de um novo regime de financiamento – consequência da crise de 2008 – que, somado ao crescente aumento da demanda, vem fazendo o sistema operar em seu limite.

Em princípio, o SUS se assemelha muito mais ao sistema de saúde britânico que ao sistema estadunidense, contudo, no que tange à proporção de gastos públicos e privados, o índice é muito mais próximo ao dos EUA. O que podemos extrair dessa constatação – e que não está explícito no documento do Banco Mundial – é que, o que define um sistema de saúde não é tão somente o gasto total com saúde – que segundo o Banco Mundial, no caso brasileiro, é um índice satisfatório – mas sim, o quanto desse gasto é público. Se compararmos a situação do Reino Unido com a dos EUA, isso fica muito mais evidente já que com metade do índice estadunidense, cujo gasto total com saúde passa dos 16% do PIB (o índice mais alto dentre os países), o Reino Unido mantém funcionando um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo.

Assim, o que podemos concluir até aqui, é que os fundamentos do consenso social estabelecido pela Constituição de 1988, construído sobre a base de princípios universalistas e alinhado aos princípios gerais do Estado de bem-estar social são absolutamente contrários àqueles que dão base à ideologia neoliberal, que têm prevalecido na gestão do SUS, em contradição com a legislação que o criou. Os resultados desta soma contraditória são os ataques jurídico-políticos sistematizados aos direitos sociais desde então, nos interessando, para fins do presente trabalho, compreender os ataques sofridos pelo direito à saúde no município Brasil, sobretudo, no município de Marília.

CAPÍTULO II

SOBRE OS CONCEITOS DE ESTADO E NEOLIBERALISMO

Até aqui, buscamos caracterizar o objeto da presente pesquisa, que são as políticas de saúde do Município de Marília dentro do período previamente estabelecido, além de localizá-la no interior de um contexto mais amplo que é o do Sistema Único de Saúde em nível nacional. Daqui em diante, apresentaremos os conceitos de Estado e Neoliberalismo adequados à análise ora aqui apresentada para que, em seguida, seja possível cotejar os dados empíricos com o aporte teórico do Estado burguês neoliberal, enquanto estrutura jurídico-política correspondente ao modo de produção capitalista. Tal tarefa se mostra necessária, pois partimos do pressuposto de que os problemas do SUS não podem ser reduzidos a problemas de gestão, como se tais problemas pudessem ser resolvidos segundo a competência deste ou daquele governante. Dessa forma, nas próximas páginas nos dedicaremos a demonstrar que a questão é estrutural e reside na própria condição do Estado de tipo burguês em sua forma neoliberal, afastando explicações puramente técnicas e demonstrando a natureza das contradições políticas que deram luz ao SUS no Brasil.

1. Sobre o conceito de Estado e as particularidades da esfera municipal

Os fundamentos para a discussão teórica sobre o Estado que aqui propomos estão presentes na obra de Poulantzas, sobretudo em seu trabalho intitulado *Poder Político e Classes Sociais* (1977). Nele Poulantzas desenvolve uma teoria regional do político que tem por base o conceito de *modo de produção* como ‘todo estruturado’ da matriz althusseriana, definida por Décio Saes como “*o modelo geral de funcionamento das sociedades humanas: uma articulação de múltiplas estruturas*⁵³ *correspondentes a diferentes níveis da atividade social total*” (1998).

⁵³Com base na teoria poulantziana, Saes define as estruturas como “um conjunto de valores que regula e enquadra de modo durável as práticas sociais de um certo tipo” (1998, p.48). Pinheiro sugere a complementação de tal definição pelo conceito de *habitus* (Bourdieu, 2008) “entendido como disposição adquirida por efeito dos esquemas perceptivos inscritos nas condições materiais de existência das classes sociais” (In Amorim; Souza [orgs], 2017, p. 289).

Nesta concepção, o *Estado*⁵⁴, ou melhor, a estrutura⁵⁵ *jurídico-política* – ou ainda, o *político* – figura como estrutura de um modo de produção, composto por três estruturas: jurídico-política, econômica e ideológica⁵⁶ que implicam-se entre si de forma recíproca, com a determinação em última instância do econômico – o que significa que são as relações de produção de um determinado modo de produção que determinam qual a estrutura dominante. No caso do modo de produção capitalista (MPC), a estrutura dominante é a própria estrutura econômica, mas no modo de produção feudal, por exemplo, a dominância é exercida pela estrutura ideológica. É importante distinguir, portanto, *determinação em última instância de dominação*. Tal entendimento afasta a tese de que exista uma determinação absoluta da estrutura econômica sobre as outras, como defendem as interpretações economicistas do marxismo.

A implicação recíproca das estruturas de um modo de produção está expressa pelo

[...] conceito de *sobredeterminação*, cuja função no discurso teórico althusseriano é a de apontar o condicionamento recíproco das estruturas do modo de produção e, ao mesmo tempo, indicar a subordinação desse processo de interação à determinação em última instância exercida pela estrutura econômica. (SAES, 1998, p. 34-35, grifos nossos)

O que torna tal conceito ainda mais complexo é que, ao longo da obra de Poulantzas, podemos identificar não apenas uma, mas três definições relacionadas a ele, sendo elas: a) determinação das estruturas entre si; b) determinação do conjunto das contradições; c) determinação das estruturas pelo todo-estruturado⁵⁷.

Relacionado ao conceito de *sobredeterminação*, sobretudo em sua primeira definição – determinação das estruturas entre si –, Poulantzas desenvolve outro

⁵⁴ É importante não confundir *Estado* com *aparelho de Estado*, ou melhor, Estado como *estrutura* e Estado como *instituição*. A instituição Estado, a qual Poulantzas denomina burocratismo – que designa o conjunto de recursos materiais/humanos do aparelho estatal – é um dos elementos constituintes do Estado como estrutura que, segundo Poulantzas, é composto pelo burocratismo e pelo direito.

⁵⁵ Althusser oscila ao referir-se às estruturas componentes do modo de produção, utilizando também os termos ‘instância’, ‘região’, ‘nível’ e ‘estrutura’, sendo este último o responsável por lhe garantir a alcunha de estruturalista. Neste trabalho, para evitar qualquer ambiguidade, adotaremos o termo estrutura.

⁵⁶ “É importante notar que a definição do ‘modo de produção’ como pluralidade (articulada) de estruturas deveria, em princípio, induzir ao abandono das expressões marxistas clássicas ‘infraestrutura’ e ‘superestrutura’. Tais expressões são usadas, nos clássicos do marxismo, para nomear, respectivamente, a base econômica da sociedade (isto é, o ‘modo de produção’ numa acepção restrita) e as demais estruturas da sociedade, relacionadas de modo ‘externo’ com a primeira.” (SAES, 1998, p. 24)

⁵⁷ Interpretação de Jair Pinheiro, exposta nas discussões realizadas nos encontros do grupo de estudos *Teoria da História em Althusser*, coordenado por ele na Faculdade de Filosofia e Ciências, Unesp de Marília.

conceito, o de *autonomia relativa*. Assim como o conceito de sobredeterminação, o conceito de autonomia relativa, no caso do MPC, não possui apenas uma definição, estando associado a pelo menos duas definições: a primeira designa a relação de autonomia entre a estrutura econômica e a estrutura jurídico-política do modo de produção capitalista, e a segunda refere-se à relação de autonomia do Estado em relação às classes e frações das classes dominantes do MPC, sendo a segunda definição, um efeito decorrente da primeira.

Por autonomia relativa deste tipo de Estado [burguês], entendo, aqui, não diretamente a relação das suas estruturas com as relações de produção, mas a relação do Estado com o campo da luta de classes, em particular a sua autonomia relativa em relação às classes ou frações de bloco no poder e, por extensão, aos seus aliados e suportes. (POULANTZAS, 1977, p. 252)

Saes (1998) defende que o conceito de sobredeterminação opera uma conciliação entre a tese de ‘implicação recíproca das estruturas’ e o conceito de autonomia relativa, conciliação essa que, segundo ele, é problemática. No interior do campo teórico poulantziano, há uma divergência fundamental no que tange ao conceito de autonomia relativa que não pode ser negligenciado.

Por um lado, a interpretação de Saes, que afirma que a expressão autonomia relativa que aparece ao longo da obra de Poulantzas não deve receber um tratamento conceitual, mas sim temático. Além do argumento da oscilação terminológica, Saes também vai defender que Poulantzas dá à autonomia relativa um tratamento diferente daquele dado por Althusser em *Pour Marx*: para Poulantzas, a autonomia relativa entre as estruturas é real, e disso decorre a possibilidade do desenvolvimento da teoria regional do político realizada por ele na obra que aqui tomamos como base, já que a autonomia entre as estruturas permite que estas figurem como objetos isolados da análise científica. Dessa forma, assim como Marx desenvolveu a teoria da estrutura econômica do MPC em *O capital* – sem ignorar aspectos essenciais da estrutura jurídico-política no conjunto de sua obra –, Poulantzas buscou desenvolver a teoria da estrutura jurídico-política do MPC em *Poder Político e Classes Sociais*; para Althusser, a autonomia relativada das estruturas é uma exigência de ordem epistemológica, ou seja, se elas não forem autônomas, não é possível fixá-las como objetos teóricos diferenciados, nem construir conceitos sobre elas, assim, o pesquisador deve proceder *como se* as estruturas fossem autônomas relativamente. Saes ainda vai afirmar que Poulantzas

confunde Estado enquanto estrutura com Estado enquanto aparelho de Estado – ou instituição.

Por outro lado, a interpretação de Jair Pinheiro que defende que a autonomia relativa está presente na obra de Poulantzas como conceito em estado prático, devendo receber tratamento compatível com tal status. A importância de tal conceito para fins deste trabalho reside no caráter das políticas sociais, no plano teórico em geral e, no particular, nas exigências da pesquisa empírica (no Brasil ou em qualquer outra formação social) em sua fase neoliberal, já que, ainda que a garantia do direito social à saúde no Brasil seja limitado por meio de mecanismos institucionais através do manejo de instrumentos jurídicos e políticos – que buscamos demonstrar no capítulo anterior –, o Estado brasileiro respondeu positivamente a uma demanda popular, ainda que a criação do SUS não correspondesse aos interesses imediatos das frações de classe dominantes – o que ficou evidente pela pressão contrária por parte da iniciativa privada à ocasião do Congresso Constituinte. Entendemos que isso só foi possível graças à autonomia relativa do Estado em relação às classes dominantes.

O Estado enquanto poder político centralizado não é exclusivo do modo de produção capitalista, já que pode ser verificado em outros modos de produção correspondentes às sociedades divididas em classes – esse conceito de Estado em geral está presente no conjunto das obras de Marx e Engels. Assim, em qualquer modo de produção em que existam classes sociais antagônicas, há a necessidade de um poder político centralizado que medeie os conflitos de classe e garanta a dominação de uma classe sobre a outra. Mas qual a especificidade do Estado burguês⁵⁸?

Tal especificidade está fundamentada na especificidade da economia capitalista que é a *universalização da troca de mercadorias enquanto relação econômica fundamental*, universalização essa que, ao ocorrer, resultou na produção capitalista. Dessa forma, podemos afirmar que a economia capitalista possui duas esferas: a esfera da circulação, onde se deu a generalização da troca de mercadorias e a esfera da produção, onde se organiza o processo de trabalho para a produção dessas mercadorias (NAVES, 2000).

A livre circulação de mercadorias gera uma sociedade de indivíduos atomizados que, enquanto possuidores de mercadorias, devem confrontar-se entre si de forma livre e

⁵⁸ A opção pela expressão *Estado burguês* ao invés de *Estado capitalista* quando nos referirmos ao Estado no MPC tem base nos apontamentos de Saes em sua obra *Estado e democracia - ensaios teóricos* (1998).

igualitária. Isso porque a troca de mercadorias – que ocorre na esfera privada⁵⁹ – não pode ocorrer com a imposição de força por parte de nenhum indivíduo, assim, é necessário que na relação econômica nenhum indivíduo exerça poder coercitivo sobre o outro. Esses indivíduos são os *sujeitos de direito*, categoria que condensa em si as especificidades do direito burguês. O sujeito de direito é um portador abstrato de direitos, assim como a mercadoria é portadora abstrata de valor – o que não se encontra em formações sociais pré-capitalistas (MARX, 2013).

Em resumo, a troca de mercadorias se caracteriza pelo encontro entre dois sujeitos de direito possuidores que, de forma voluntária, se relacionam entre si. Aqui se estabelece um contrato ou, melhor dizendo, uma relação jurídica. Em uma relação jurídica não há diferença formal entre os sujeitos, pois, na condição de proprietários, eles são iguais. Ainda que esse indivíduo não possua nada, ele possui a si mesmo, o seu próprio corpo, e é seu corpo enquanto força de trabalho (física e intelectual) que é colocado no mercado para a troca. Esse indivíduo é portador de uma mercadoria – o que o difere de um escravo que é submisso ao poder de seu senhor –, o que o torna um sujeito de direito, sujeito que voluntariamente troca sua força de trabalho por uma quantidade equivalente de dinheiro.

Depois de ter caído numa dependência de escravidão diante das relações econômicas que nascem atrás de si sob a forma da lei do valor, o sujeito econômico recebe, por assim dizer, como compensação, porém agora enquanto sujeito jurídico, um presente singular: uma vontade juridicamente presumida que o torna absolutamente livre e igual entre os outros proprietários de mercadoria. (PASHUKANIS, 1988, p.72)

No entanto, essa relação jurídica entre dois sujeitos de vontade autônoma livre – quando se trata do capitalista e do trabalhador – se converte, através do contrato, em uma relação de submissão do trabalhador à vontade do capitalista. A relação entre esses sujeitos jurídicos – vendedor da força de trabalho e comprador/capitalista – oculta as diferenças concretas que existem entre eles. Esse fenômeno – abstração das condições

⁵⁹ Em modos de produção pré-capitalistas, as relações de produção concentravam em si não somente relações econômicas, mas também relações políticas, sendo assim, não havia a distinção entre a esfera pública e a esfera privada. As condições para a separação das esferas pública e privada somente ocorreram com o advento do modo de produção capitalista. É nesse momento em que o poder político se exterioriza e se autonomiza em relação às classes dominantes, tornando-se público e constituindo-se como poder coletivo e, portanto, representante do interesse geral.

materiais dos indivíduos – é claramente ideológico, no entanto, seu caráter ideológico não exclui seu caráter material. Disso decorre

[...] a dupla importância da ideologia jurídica: assegurar a propriedade jurídica dos meios de produção aos capitalistas, o que lhes confere o direito de apropriação do produto do trabalho porque compraram o direito de uso da força de trabalho, e, ao mesmo tempo, reiterar a igualdade jurídica como horizonte das relações sociais, o que circunscreve toda controvérsia sobre justiça a problemas de distribuição. (PINHEIRO, 2009)

Já que nenhum sujeito de direito pode exercer poder sobre o outro na troca de mercadorias, o poder político é expulso das relações econômicas e se estabelece do lado de fora delas, na esfera pública, na forma do Estado. O Estado, portanto, deve agir na proteção das relações econômicas capitalistas, resguardando a formal igualdade e a liberdade dos sujeitos de direito, ao mesmo tempo em que faz isso mediado pela vontade geral do Povo-Nação.

Apesar dessa relação intrínseca entre as relações de produção e a forma do Estado, não podemos confundi-la com a afirmação de que a estrutura jurídico-política é simples reflexo da estrutura econômica, o que seria curvar-se a uma interpretação economicista. Dessa forma, como podemos definir essa relação – sobredeterminada e relativamente autônoma – entre as estruturas? Segundo Saes, **é a estrutura jurídico-política do Estado burguês que possibilita a reprodução das relações de produção capitalistas.**

Assim, podemos concluir que o Estado não é um simples ‘protetor’ da economia capitalista, ele é o próprio capitalismo em sua forma política.

“Quero dizer, o Estado não protege diretamente os interesses dos capitalistas contra os trabalhadores, mas protege a ordem social em função da qual a própria distinção de classe entre ambos se estabelece.” (KASHIURA JÚNIOR, 2009, p.109)

Ainda segundo Poulantzas, o Estado opera essa proteção por meio de dois mecanismos opostos e complementares: o *efeito de isolamento* e o *efeito de representação da unidade própria*, aos quais Saes se refere como duplo efeito da estrutura jurídico-política do sobre os agentes da produção⁶⁰.

⁶⁰ Poulantzas define agentes de produção como todos os indivíduos que participam do processo produtivo sem distinção, ou seja, operários assalariados e capitalistas.

O efeito de isolamento tem seu fundamento na ideologia jurídica e na categoria sujeito de direito conforme demonstramos acima, já que atomiza e individualiza os agentes da produção, ocultando seu pertencimento a uma classe e, por consequência, ocultando os conflitos entre as classes antagônicas. Assim, segundo Poulantzas, ela consiste

[...] no fato de que as estruturas jurídicas e ideológicas, as quais, determinadas em última instância pela estrutura do processo de trabalho, instauram, ao nível dos agentes de produção distribuídos em classes sociais, na qualidade de ‘sujeitos’ jurídicos e ideológicos, têm como efeito, sobre a luta econômica de classe, a ocultação, de forma particular, aos agentes, das suas relações enquanto relações de classe. (POULANTZAS, 1977, p. 126)

Do efeito de isolamento decorre o efeito de representação da unidade própria, que é a reorganização desses indivíduos atomizados em um novo grupo que é o Povo-Nação. Essa reorganização consiste em negar o caráter de classe dos interesses em jogo, além de desorganizar as classes dominadas e neutralizar qualquer ação política por parte delas como política autônoma de classe, já que a ideologia jurídica atribui a todos os agentes o estatuto de igualdade e ao Estado o estatuto de protetor da vontade geral do Povo-Nação. A consequência disto é a ocultação de seu caráter político de classe.

Tudo isto pode – agora – ser formulado de modo menos abstrato: o Estado burguês, ao representar a unidade (vale dizer, proceder à unificação formal ou aparente) dos membros das classes sociais antagônicas no Povo-Nação, desempenha a função de neutralizar a tendência à formação de comitês de fábrica, sindicatos operários, partidos revolucionários; isto é, de atomizar os produtores diretos, conservando-os num estado de massa (individualismo, concorrência no mercado de trabalho), e impedindo a sua constituição em classe social (na fábrica, num ramo da indústria, etc). (SAES, 1998, p. 32)

Neste ponto, cabe uma consideração. O conceito de modo de produção desenvolvido por Poulantzas refere-se a um objeto abstrato-formal e a análise de uma sociedade concreta e singular demanda um conceito mediador, que é o conceito de *formação social*. O conceito de formação social corresponde a um objeto concreto, uma sociedade historicamente determinada, tendo sido definido por Poulantzas como uma unidade complexa de modos de produção com dominação de um certo modo de

produção sobre os outros que as compõem (POULANTZAS, 1977). Em suma, uma formação social possui uma realidade historicamente determinada – a formação social que está sob análise ou alguma unidade particular dela, em nosso caso, é a cidade de Marília no Brasil pós-reforma constitucional – podendo ser composta por um ou mais modos de produção, com a dominação de um deles – no caso da formação social aqui analisada, o modo de produção dominante é o capitalista, portanto, trata-se de uma formação social capitalista.

Cada um desses modos de produção encontra-se temporalmente defasado em relação aos outros, por isso, cabe ao Estado estabelecer um equilíbrio entre eles para que em conjunto eles constituam a unidade de uma formação social. Assim, é função geral do Estado, ou melhor, da estrutura jurídico-política, constituir-se como *fator de coesão* de uma formação social. Tal função, segundo Poulantzas, possui duas características essenciais: a) ser o fator de coesão da unidade de uma formação social; b) condensar em si as contradições de uma determinada formação social. Esta segunda característica está relacionada ao efeito de representação da unidade própria pontuado acima.

Podemos considerar, portanto, que neste aspecto reside a função do Estado burguês: desorganizar as classes dominadas ao mesmo tempo em que organiza as classes dominantes e defende seus interesses, ainda que, eventualmente responda positivamente às demandas das classes populares, como ocorreu no caso do SUS. Essa atenção às reivindicações populares encontra fundamento na própria função política do Estado de neutralização dos conflitos de classe, isso porque, ao responder ao menor sinal de ação política por parte das classes dominadas – ação essa que pode tornar evidente as contradições do MPC – o Estado evita que se estabeleça um conflito aberto de classe de maiores proporções. A resposta mais ou menos positiva ou negativa por parte do Estado está intrinsecamente relacionada ao nível de articulação e organização dos movimentos sociais – que por sua vez está relacionado à conjuntura de uma determinada formação social, já que constantemente o Estado busca desorganizar tais movimentos.

Para Poulantzas, essa função do Estado, que é fundamentalmente política, possui três modalidades referentes a cada uma das estruturas do modo de produção: função técnico-econômica, função ideológica e, por fim, a função propriamente política que constitui o eixo orientador das demais funções. A função técnico-econômica diz respeito à gestão do processo e da produtividade do trabalho. Em *Estado e Capital*, Suzanne de Brunhoff desenvolve uma análise dos dois eixos que orientam a ação técnico-econômica

do Estado (gestão da força de trabalho e gestão da moeda) no sentido de destacar que o capital demanda a existência de um poder estatal. Essa colocação rompe com a noção neoliberal de Estado interventor de um lado e Estado não-interventor de outro, já que a questão é a forma da intervenção, e não a intervenção em si. No limite, o Estado burguês é sempre interventor na economia, pois essa é uma de suas funções, portanto, o que nos cabe analisar são as formas dessa intervenção.

A ação econômica do Estado parece antes administrar coisas que homens, gerir fluxos e não relações sociais. Ela se apresenta como se os tivesse acima das classes, mais ainda do que a atividade repressiva e ideológica. Seus aspectos técnicos ajudam a fundamentar sua credibilidade. A partir disso, a tentativa de fazer face a um Estado-sujeito que intervém de maneira exógena (origem externa) na economia é grande, segundo as concepções keynesianas ou neoclássicas, ou de derivar para a versão humanista do Estado ‘monstro frio’. Essas representações, orientadas de modo normativo (o Estado é julgado neutro, ou a serviço de todos, ou, ao contrário como cheio de maldade), não contem elemento algum de análise racional. Ao contrário, a ideia marxista de um Estado superestrutura, que tem uma autonomia relativa em relação à base econômica, é um bom ponto de partida. (BRUNHOFF, 1985, p.1)

Até aqui, buscamos elucidar as principais questões acerca do conceito de Estado burguês, considerando os elementos mais importantes à análise de nosso objeto de pesquisa. Contudo, tais conceitos foram desenvolvidos pelos autores aqui referidos tendo como objeto o âmbito mais global do MPC, ao passo que nossa pesquisa tem por objeto as políticas saúde de um determinado município, assim, se faz necessária a adequação de alguns aspectos globais à esfera local.

Conforme o que Marx analisou, o MPC é essencialmente urbano, dessa forma, a cidade enquanto esfera do Estado pode ser analisada por meio do mesmo arcabouço teórico – com algumas mediações. Isso porque, enquanto fenômeno sociológico, ela possui suas próprias determinações que nos permitem fixá-la como um objeto da análise científica à parte, sem deixar de lado, é claro, sua interlocução com o âmbito global.

Uma definição de cidade de acordo com essa premissa da teoria social materialista admite que a cidade, como de resto, qualquer fenômeno social, pode ser recortado como objeto próprio de estudo na medida em que tenha determinações específicas. Entretanto, tais determinações (com autonomia relativa) são efeitos (derivações) das determinações do todo de que é parte, um todo-estruturado-com-dominância, correspondente ao conceito de modo social de produção, no plano abstrato, e ao de formação social, no concreto. Por isso, tal

definição deve receber a seguinte formulação: *a cidade é um efeito de aglomeração urbana da combinação deste todo estruturado nos dois planos, o que confere a cada tipo histórico suas características particulares.* (PINHEIRO, 2017, p. 12, grifos nossos)

Assim, as leis da acumulação capitalista são a causa do desenvolvimento urbano e a cidade capitalista opera dentro destas leis (PINHEIRO, 2017).

No nível federal, os interesses estruturais das classes dominantes adquirem sua forma institucional, através da Constituição, enquanto no nível municipal, o Estado assume o papel de regulação das lutas políticas relacionadas à reprodução, no sentido de circunscreve-las nos limites do capital, operando aquele efeito de isolamento dos trabalhadores da sua luta econômica como luta de classe. (PINHEIRO, 1998, p. 33)

A função do Estado de mediar a luta de classes é percebida de forma distinta em cada nível de governo, justamente porque as demandas populares também se apresentam de forma diferenciada nos níveis municipal, estadual e federal. É no nível local em que se devem identificar as necessidades mais imediatas das classes populares, já que a esfera municipal é aquela mais próxima do ‘cidadão’, cabendo ao município estabelecer as políticas específicas que respondam a tais demandas. No caso do SUS, por exemplo, reconhecemos que à esfera federal coube a criação, a regulamentação e a respectiva estruturação do Sistema, dando as diretrizes mais gerais para as políticas de saúde que, por sua vez, devem ser elaboradas e afirmadas no nível estadual e, sobretudo, no municipal, devendo responder à realidade concreta de cada município.

Além disso, outro ponto merece destaque. Essa especificidade da esfera municipal pode favorecer alianças de alguns setores das classes dominadas com a burocracia municipal ou ainda com as próprias classes dominantes. Isso porque, tais alianças podem favorecer a resolução imediata de alguma demanda individual ou relacionada a um bairro⁶¹.

Ou seja, a ação política das classes dominantes, que sempre ocorre através do Estado (não necessariamente do aparelho de Estado), visa sempre desorganizar as classes dominadas deslocando seu foco de interesse (estado de espírito preso ao que julga digno de atenção) da

⁶¹ Tratamos de forma mais aprofundada sobre essa questão no item que versa sobre participação popular do capítulo anterior.

transformação das estruturas sociais (como qualidade do que é interessante) para os interesses imediatos inscritos nas estruturas do modo de produção capitalista; em contraposição, a ação política das classes dominadas, em lugar subordinado no Estado, toma esses interesses imediatos como mote da organização, *podendo produzir formas organizativas fusionadas às instituições burguesas* ou autônomas (o que põe em questão a transformação das estruturas sociais), conforme a posição de classe que adotam [...]. (PINHEIRO, 2017, p. 20-21, grifos nossos)

No caso do Conselho Municipal de Marília, em uma das entrevistas concedidas pelo médico Eduardo ele apontou a presença maciça de alianças entre líderes de bairro e partidos de alta representatividade na Câmara Municipal de Marília, afirmando inclusive que há muito apoio à manutenção do contrato da Maternidade Gota de Leite com a Prefeitura de Marília por parte da maioria dos membros do COMUS.

Dessa forma, podemos concluir até aqui que a especificidade da esfera municipal pode dificultar a análise estrutural do Estado, pois no nível local ficam mais explícitos os aspectos regionais e conjunturais. Por isso, para fins deste trabalho, é importante não perder de vista a discussão teórica sobre o Estado sob o risco admitir explicações de caráter estritamente técnico, sem conexão com a luta de classes – como aquelas oferecidas pelo Banco Mundial conforme demonstramos no capítulo anterior –, já que tais aspectos evidenciam muito mais as questões de natureza burocrático-administrativas que as questões estruturais.

2. Neoliberalismo como conceito e fenômeno histórico

2.1. O conceito de Neoliberalismo e sua fundamentação teórica

Ainda enunciando os fundamentos teóricos que dão base para a discussão ora apresentada, é imprescindível que se caracterize o neoliberalismo enquanto *forma de Estado de tipo capitalista*, em consonância com o que desenvolve Poulantzas a respeito do tipo de Estado capitalista.

Em *PPCS*, Poulantzas apresenta o problema das fases e estágios de desenvolvimento de uma formação social – a que ele se refere como *periodização* –, que corresponde às diversas defasagens temporais entre os modos de produção que

constituem essa formação social e também corresponde às defasagens entre as próprias estruturas de cada modo de produção constituinte da formação social.

Os estágios reportam-se contudo à coexistência real de certas *formas* diferenciais e específicas do *modo de produção capitalista 'puro'*. Essas formas recobrem 'realidades econômicas profundamente diferentes, pois que se estendem da produção mercantil simples ao capitalismo monopolista de Estado, passando pela produção capitalista privada, a produção capitalista social e o capitalismo monopolista. (POULANTZAS, 1977, p.145, grifos do autor)

Assim, uma *forma de Estado* de um determinado tipo, no caso, capitalista, designa uma modificação típica da relação entre o político e o econômico de uma formação social, modificação essa que corresponde a uma fase ou estágio de desenvolvimento de uma determinada formação social, sem renunciar ao princípio de autonomia relativa que está presente em qualquer Estado capitalista independentemente da forma em que ele se apresenta, como alertou Poulantzas: “*As diferenças entre essas formas de Estado repousam precisamente nas formas específicas que assume a relação entre um econômico e um político relativamente autônomos, constituindo (essas relações) variáveis de uma invariante específica.*” (POULANTZAS, 1977, p.146, grifos do autor). Dessa forma, podemos concluir até aqui que o neoliberalismo representa, portanto, uma forma de Estado de tipo capitalista, já que a relação entre o político e o econômico, embora marcadas pela autonomia relativa, está revestida por características próprias dessa fase – ou estágio – de desenvolvimento da formação social que estamos analisando: Brasil pós-reforma constitucional.

Assim, podemos afirmar que quando nos referimos a um Estado capitalista neoliberal, estamos fazendo referência tanto à dimensão estrutural, a saber, o tipo de Estado que é capitalista, quanto à dimensão conjuntural que é a forma do Estado, nesse caso, neoliberal.

Isso quer dizer que, nas formações sociais capitalistas, o modo de produção dominante – o capitalista – é constituído por: um estrutura econômica, fundada na apropriação de trabalho excedente, sob a forma de mais-valia, e no emprego de trabalho livre no processo de trabalho; e uma estrutura política, que se estabelece por meio do caráter universalista de suas instituições (aberta a todos os indivíduos, independentemente da classe social de origem) e do direito igualitário (que dissimula a desigualdade existente no terreno econômico). [...] Já o termo neoliberal designa o conteúdo da política de Estado e a

ideologia particular predominantes em determinada fase do processo de reprodução ampliada do capital (MARTUSCELLI, 2015, p. 29-30)

Nesse caso, como poderíamos caracterizar um Estado neoliberal?

Considerando a análise realizada por Armando Boito Jr. em sua obra *Política neoliberal e sindicalismo no Brasil*, para caracterizar a política de Estado neoliberal, devemos, antes, distinguir a ideologia neoliberal *teórica* e a ideologia neoliberal *prática*, que não necessariamente equivalem uma à outra.

A ideologia neoliberal teórica tem como base o *liberalismo econômico*⁶² que data da aurora do capitalismo e que tem como pressupostos básicos a defesa do livre mercado e da livre concorrência e a rejeição da intervenção do Estado na economia. Na oposição entre Estado e mercado, o mercado é considerado superior

[...] já que o livre jogo da oferta e da procura e o sistema de preços a ele ligado permitiriam uma alocação ótima dos recursos disponíveis, ao indicar as necessidades sociais e punir as empresas ineficazes. Essa alocação otimizada de recursos na produção faria crescer a riqueza geral. Superioridade política e moral, em segundo lugar, já que a soberania do consumidor, inerente a um ambiente de concorrência, permitiria o desenvolvimento moral e intelectual dos cidadãos. (BOITO JR, 1999, p. 25)

No entanto, não se deve inferir que tais princípios foram transplantados diretamente ao século XX, pois, até alcançar sua fase atual, o liberalismo passou por algumas crises e modificações que imprimiram-lhe um novo caráter. Segundo Dardot e Laval (2016), os dogmas liberais entram em uma crise interna, que se aprofunda do final do século XIX até a Grande Depressão em 1930. A crise revelou a necessidade de revisão desses princípios já que a cada crise ou guerra a intervenção do Estado se fazia cada vez mais necessária. Além disso, as práticas do capitalismo financeiro subvertiam o modelo atomístico de livre mercado e livre concorrência.

O surgimento dos grandes grupos cartelizados marginalizava o capitalismo de pequenas unidades; o desenvolvimento das técnicas de venda debilitava a fé na soberania do consumidor; e os acordos e as práticas dominadoras e manipuladoras dos oligopólios e dos monopólios sobre os preços destruíam as representações de uma concorrência leal, que beneficiava a todos. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 40)

⁶²A ideologia neoliberal não necessariamente lança mão do *liberalismo político*, podendo inclusive dispensar a democracia, como ocorreu no caso do Chile.

Os debates sobre os limites desse modelo transcendiam os meios socialistas, já que também eram a causa da preocupação de muitos liberais ocupados em reformar tais princípios para salvar o capitalismo da crise ideológica e econômica.

Aliás, desde o fim do século XIX, nos Estados Unidos, o significado das palavras *liberalism* e *liberal* começava a mudar para designar uma doutrina que rejeitava o *laissez-faire* e visava a reformar o capitalismo. Um ‘novo liberalismo’ mais consciente das realidades sociais e econômicas procurava definir havia muito tempo uma nova maneira de compreender os princípios do liberalismo, que emprestaria certas críticas do socialismo, mas para melhor realizar os fins da civilização liberal. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 57)

É neste período que Keynes publica a sua obra *O fim do laissez-faire* (1926). Keynes é o grande nome desse momento – ele próprio reivindica isso para si – em que o capitalismo demanda um ‘novo liberalismo’, pois constituiu o conjunto de autores que procurou desenvolver uma terceira via entre o liberalismo e o socialismo, tentando reconsiderar os aspectos da ação de Estado, apontando os tópicos que devem ou não integrar o rol das ações governamentais. Ele vai afirmar que não se deve julgar a intervenção do Estado na Economia segundo as normas de mercado, pois, aquilo que aos olhos do mercado aparenta um desperdício de recursos, na realidade, pode ter um caráter estimulador da atividade econômica.

Para que o Estado desenvolva a ação econômica que é de sua alçada, é preciso, ao contrário, que ele não possa ser confundido com uma empresa ou um banco, aos quais se aplicariam critérios de rentabilidade. Quanto mais ele atua sobre a economia, menos ele deve ser considerado como um empresário. [...] Rompendo com a lei de Say e com o *laissez-faire*, nem crise nem revolução, mas reforma do papel econômico do Estado, respeitando o sindicalismo operário: esse é o reformismo de Keynes. (BRUNHOFF, 1991, p. 28-29)

Keynes fundou as bases teóricas daquilo que ficou conhecido como Estado de bem-estar social – o *Welfare State* –, que designava uma política de Estado orientada pela concessão de direitos sociais tais como renda mínima, saúde, educação, políticas trabalhistas – que foram conquistados graças, é claro, à mobilização da classe trabalhadora por meio de sindicatos e partidos à esquerda – e que se manifestou principalmente no contexto do pós-1945, sobretudo nos países da Europa ocidental.

Manifestações originárias de Estados de bem-estar social, a despeito desse contexto histórico, já haviam sido experimentadas desde o final do século XIX, contudo, os moldes desse ‘novo liberalismo’ desenvolvido por Keynes fundamentou a política social-democrata do contexto após a Segunda Guerra Mundial.

Um exemplo óbvio é a introdução da seguridade social e direitos a pensão pelo Conde de Bismarck na Alemanha na década de 1870, como um esforço no sentido de debilitar o apoio aos partidos socialistas e movimentos sindicais. Muitos outros exemplos podem ser destacados; como registra Flora, ‘todas as forças políticas na Europa virtualmente contribuíram para a construção do estado de bem-estar’. (KING, 1987, p. 57)

Assim,

Não se trata mais de ter, como no século XIX, um Estado ‘barato’, com relativamente poucas despesas e poucos impostos, regido por um princípio de rigor orçamentário (salvo em caso de guerra). [...] Ele defende não apenas o financiamento público de obras que criem empregos, mas também investimentos privados. [...] Um Estado oneroso em termos dos recursos nacionais não é mais visto como um parasita que ameaça entravar a iniciativa individual. Ele pode suscitar um encadeamento multiplicador de empregos e de rendas, se considerarmos o produto nacional como um todo. (BRUNHOFF, 1991, p. 25)

Em resposta a esse ‘novo liberalismo’ – e também em reposta à crise – os teóricos simpatizantes dos ideais do liberalismo clássico formularam o que hoje conhecemos como o neoliberalismo. Não se pode dizer que o neoliberalismo constituiu-se de um corpo teórico homogêneo e circunscrito com precisão, já que nessa linha surgiram uma série de tendências, algumas inclusive alinhadas a um certo ‘darwinismo social’ e à teoria malthusiana, como foi o caso de Herbert Spencer, cuja teoria ficou conhecida como *spencerismo* e que, apesar da rejeição por parte de seus pares, deixou marcas profundas na doutrina neoliberal.

Sem dúvida, a referência a Malthus ainda é muito importante em Spencer: nem todos os homens são convidados para o grande ‘banquete da natureza’. À essa influencia, porém, somou-se a ideia de que a competição entre os indivíduos constituía para a espécie humana, que nisso é assimilável às outras espécies, o próprio princípio do progresso da humanidade. Daí a assimilação da concorrência econômica a uma luta vital geral, quem é preciso deixar que se

desenvolva para que a evolução não seja interrompida; daí as principais consequências que examinamos antes, em especial as que condenavam a ajuda aos mais necessitados, que deveriam ser abandonados à própria sorte. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 52)

Em termos de doutrina, Perry Anderson, em seu texto *Balanço do neoliberalismo* (In Sader & Gentili, 1995) define como marco teórico do neoliberalismo o livro do economista Friedrich Hayek, *O caminho da servidão* publicado em 1944 na Inglaterra, que tinha como alvo o Partido Trabalhista Inglês, às vésperas da eleição de 1945, da qual o partido sairia vencedor. No entanto, este marco não é um consenso entre os estudiosos do tema. Dardot e Laval apontam o Colóquio Walter Lippmann – realizado em Paris em agosto de 1938 – como momento fundador do neoliberalismo, em que Friedrich Hayek e Von Mises estiveram presentes. De qualquer forma, via de regra, os autores concordam com a afirmação de que o neoliberalismo nasce como uma tentativa de contrarreforma à reforma proposta pelos preceitos do Estado de bem-estar social defendido e desenvolvido por Keynes.

Durante o referido Congresso, os debates foram orientados por ao menos duas tendências: por um lado, os que defendiam a renovação do *laissez-faire* – inclusive neste grupo Mises e Hayek – e, por outro, os que defendiam a refundação total do liberalismo clássico, favorecendo o ‘intervencionismo liberal’ – sendo o principal representante dessa tendência o próprio organizador do evento, Walter Lippmann. Distinto da ‘fobia’ spenceriana de Estado, esse dito ‘intervencionismo liberal’ admite a necessidade de intervenção do Estado na economia, no entanto, o limite dessa intervenção está no perfeito funcionamento do mercado, que é o que o Estado deve garantir.

O liberalismo que continha o ideal de emancipação humana no século XVIII transformou-se progressivamente num conservadorismo estreito, contrário a qualquer avanço das sociedades em nome do respeito absoluto à ordem natural. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 84)

Lipmann desenvolve uma argumentação bem sólida durante o Congresso e nos anos que se seguiram. Ele afirmava que a dicotomia entre intervenção e não-intervenção do Estado limitou a ação governamental em relação ao mercado e sua adaptação frente às novas demandas do capital, e que esse aspecto deveria ser reformulado pelos liberais.

Segundo ele, o neoliberalismo deve mudar o próprio homem, a forma com que o homem concebe a si como indivíduo e a sociedade a que ele pertence, tornando possível a total integração e adaptação de todos os indivíduos à economia de mercado, o que demandaria um conjunto de reformas sociais e uma constante intervenção da força pública que tivesse como núcleo ativo a educação.

Mais ainda, a política neoliberal deve mudar o próprio homem. Numa economia em constante movimento, a adaptação é uma tarefa sempre atual para que se possa recriar uma harmonia entre a maneira como ele vive e pensa e as condicionantes econômicas às quais deve se submeter. [...] o homem é um inadaptado crônico e deve ser objeto de políticas específicas de readaptação e modernização. E essas políticas devem chegar ao ponto de mudar a própria maneira como o homem concebe sua vida e seu destino a fim de evitar os sofrimentos morais e os conflitos inter ou intraindividuais. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 91)

A tese geral da obra de Dardot e Laval consiste em afirmar que o neoliberalismo, antes de ser uma ideologia ou política econômica, é em primeiro lugar uma *racionalidade*⁶³ e, como tal, tende a estruturar e organizar não apenas a ação dos governantes, mas também, a conduta dos governados. Neste sentido, a política de Estado, no contexto neoliberal, conduziria não apenas as instituições políticas, mas também – e principalmente – a ação dos governados.

Portanto, dizer que o liberalismo é uma racionalidade governamental implica apreendê-lo como uma prática na qual se encontra a adequação ótima entre princípios de governo, técnicas de poder e a conduta dos indivíduos. Para Foucault, é esta adequação ótima entre meios e fins na prática governamental o que faz a especificidade histórica do liberalismo.” (AVELINO, 2016, p. 249)

Trata-se de, por meio da educação de massas, promover um processo de adequação das classes trabalhadoras às novas demandas do capital, tornando-as mais produtivas, especializadas e competitivas, elevando a atomização dos indivíduos à última potência.

Assim, o homem torna-se empresário e empreendedor de si mesmo (FOUCAULT, 2008), devendo gerir suas próprias receitas, despesas e prejuízos (BRUNHOFF, 1991) – o que se traduz em repassar ao trabalhador a responsabilidade de reproduzir sua própria força de trabalho – já que o Estado deveria apenas encarregar-se

⁶³ ‘Racionalidade política’ é um conceito desenvolvido por Foucault em sua obra *Nascimento da biopolítica*.

de manter as condições ótimas para o funcionamento da economia, da qual cada trabalhador faz parte, não pertencendo a uma classe social, mas sim, como célula componente deste grande organismo que é o mercado.

Apesar das clivagens existentes no interior das discussões do Congresso – além das duas tendências que já mencionamos, havia ainda uma terceira, pouco expressiva, que estava muito influenciada pelo ‘novo liberalismo’ de Keynes – houve um núcleo central que conduziu o debate: o combate ao ‘coletivismo’ em suas formas comunista e fascista que, de acordo com a leitura liberal, são conseqüências da crise teórica e ideológica do liberalismo clássico. Essa leitura está alinhada à interpretação de Hannah Arendt, presente em sua obra *Origens do totalitarismo* (1989), em que ela caracteriza o comunismo e o fascismo como ‘regimes totalitários’ – um à esquerda e outro à direita – que se desenvolveram no período entreguerras no século XX. Arendt ignora que a matriz econômica do fascismo é totalmente distinta da do comunismo que tem como eixo orientador a superação do capitalismo, além de ignorar também que o fascismo

somente se explica se ligado intimamente ao capitalismo monopolista e às suas crises. [...] No complexo processo de desenvolvimento capitalista, a concorrência se transforma no seu contrário, o monopólio, da mesma forma que a democracia burguesa se transforma na ditadura fascista, num regime policial de terror, onde o capital monopolista finalmente consegue implementar as mudanças a ferro e a fogo para romper a crise e reiniciar outro ciclo de expansão. Senão, como explicar os regimes fascistas surgidos na Itália, Alemanha, e Japão, após um período histórico de crises vivido por todos esses países? (GOMES, 1995, p. 95)

Era necessária, portanto, a teorização de um intervencionismo que fosse tipicamente liberal, como resposta à ‘planificação totalitária’, presente em tais regimes. Assim, de acordo com a ideologia neoliberal teórica, o Estado deveria intervir na esfera econômica somente para garantir os requisitos mínimos para o bom desempenho da economia, não devendo monopolizar a oferta de produtos e serviços, tampouco interferir na autonomia e soberania do mercado, já que prioriza o indivíduo enquanto célula econômica e consumidor livre para escolher em detrimento do indivíduo enquanto cidadão portador de direitos.

Se o Estado, preocupado em assegurar o bem-estar, detiver o monopólio da oferta dos serviços de saúde ou de educação, a concorrência deixaria de existir e o consumidor deixaria de ser soberano. [...] Se o Estado, preocupado em assegurar alimentação adequada à população de baixa renda, reduzisse, através de medida

legal, o preço dos gêneros de primeira necessidade, ele impediria que o sistema de preços, mediante a elevação no preço dos gêneros alimentícios, estimulasse novos investimentos na agropecuária [...]. (BOITO Jr., 1999, p. 26)

Contudo, a ideologia não corresponde à prática. Os princípios do neoliberalismo não são aplicados de forma generalizada, mas apenas nos setores que correspondem aos interesses do imperialismo, do capital financeiro e à burguesia monopolista. Embora a ideologia neoliberal absorva os princípios do liberalismo da época do capitalismo concorrencial, ela trata de se adaptar ao período atual do capitalismo monopolista, daí resulta que nas áreas de produção de bens e no mercado da força de trabalho há, de fato, uma retração na intervenção do Estado, ao passo em que na administração do câmbio, da dívida externa e dos juros ocorre uma intervenção estatal de novo tipo.

[...] os grandes bancos não protestam contra a intervenção do Estado para subsidiar bancos em situação pré-falimentar e regular o processo de reconcentração no setor bancário; o monopólio é maléfico se for exercido por uma empresa estatal, mas é benéfico se estiver nas mãos de grupos privados – as privatizações promovidas pelos governos neoliberais na siderurgia, nos serviços de transporte ferroviário, de abastecimento de água, energia elétrica e telefonia têm criado monopólios, sem que isso escandalize os apologistas da concorrência, da liberdade de iniciativa e da soberania do consumidor. (BOITO Jr., 1999, p. 29)

Dessa forma, ainda segundo Boito Jr., a ideologia neoliberal prática, aquela que orienta de fato a política neoliberal, está sustentada por um tripé composto por *privatização, abertura comercial e desregulamentação*.

2.2. Neoliberalismo como fenômeno histórico

A experiência chilena foi a primeira experiência neoliberal sistemática do mundo, contudo, por ser um país periférico o neoliberalismo somente conseguiu alcance mundial quando, em 1979, na Inglaterra, foi eleito o governo Thatcher. No ano seguinte, Ronald Reagan assume a presidência dos EUA que, em conjunto com Thatcher, trabalhou ativamente para a expansão da política neoliberal e para a configuração da ‘nova ordem mundial’. Pode-se dizer que o modelo neoliberal inglês foi mais ‘puro’ que o modelo estadunidense já que nos EUA não se estabeleceu um Estado de bem-estar social conforme a experiência europeia. Assim, enquanto Thatcher

trabalhava no combate ao Welfare State, Reagan tinha como foco a queda da URSS. Com a queda dos regimes do leste europeu, toda a região foi tomada pelo neoliberalismo e, posteriormente, atingiu boa parte da América Latina (GOMES, 1995).

Sobre isso, se faz necessário abordar outro aspecto essencial acerca do fenômeno neoliberal, o imperialismo, que torna os efeitos das políticas neoliberais às classes trabalhadoras diferentes nos países centrais e nos países periféricos⁶⁴. Nos países periféricos, inclusos os países da América Latina, a política neoliberal tem como objetivo a adequação de tais países às novíssimas exigências do imperialismo. Essa adequação consiste em resgatar a antiga função das economias periféricas, aquelas que datam do período colonial: fornecimento de matérias primas e mercado aberto aos produtos manufaturados produzidos pelas economias centrais.

O discurso catastrofista e uniformizador sugere, erroneamente, que a deterioração das condições de vida é a mesma em toda a parte, chegando, no limite, a sugerir sua inevitabilidade. Ele esconde, sob um tom aparentemente crítico, um pessimismo conservador. Ora, o Estado de bem-estar, apesar de minado pela política neoliberal, continua existindo na Europa Ocidental e em decorrência, inclusive, da resistência operária e popular ao avanço do neoliberalismo. Além disso, o capitalismo europeu é um dos pólos imperialistas do capitalismo internacional, e, nessa medida, é beneficiário da política neoliberal. (BOITO JR., 1999, p. 31)

Existe, portanto, uma relação de dominação das nações periféricas pelas nações imperialistas – EUA e Europa Ocidental, que impõem o ritmo e a direção das políticas econômicas – e a política neoliberal apresenta-se sob formas distintas em cada um desses grupos de nações. Assim, os efeitos às classes trabalhadoras também são sentidos de forma distinta nos países periféricos, já que estão submetidas a uma dupla dominação: estão dominadas pelas classes dominantes de sua própria nação, ao passo que tais classes estão, por sua vez, submetidas à hegemonia internacional das nações imperialistas. Tal fenômeno é ainda mais explícito quando o analisamos em relação às políticas sociais: apesar de a ofensiva neoliberal contra os direitos sociais ser um fenômeno internacional, nos países periféricos ela encontrou menos resistência por parte

⁶⁴ O discurso que tem como núcleo argumentativo a ‘ideologia da globalização’, faz crer que a economia capitalista atual entrou em um processo de internacionalização sem precedentes já que o comércio internacional, o movimento internacional de capitais e a produção internacionalizada cresceram consideravelmente durante os anos 80 e 90, contudo, essa dita internacionalização recente na realidade é um processo típico do imperialismo que já havia encontrado forma no final do século XIX e culminou na Primeira Guerra Mundial (BOITO JR., 1999).

das classes trabalhadoras justamente porque em tais países não se constituiu um Estado de bem-estar ‘puro’ nos moldes europeus.

Nos países periféricos, em primeiro lugar, o neoliberalismo tem servido, tal qual nos países centrais, para restringir ou suprimir direitos dos trabalhadores. A diferença é que, na periferia, a política neoliberal encontrou pela frente um sistema de proteção social menos desenvolvido e pôde avançar muito mais do que lograra fazer no centro do sistema. (BOITO JR., 1999, p. 37)

No Brasil, pode-se dizer que o neoliberalismo constituiu-se como a base da política de Estado a partir de 1990, com a eleição de Fernando Collor. Contudo, Luiz Marcos Gomes em sua obra *Sociedade dos socialistas vivos – ensaios contra o neoliberalismo* aponta que o ponto máximo do ‘ajuste neoliberal’ no Brasil foi atingido com a instituição do plano Real, criado por Fernando Henrique Cardoso, quando ainda era Ministro da Fazenda do governo Itamar Franco em 1994. O Plano Real não foi um plano neutro que visava acabar com a inflação que assolava o país desde a ‘década perdida’, embora tenha alcançado popularidade graças a essa propaganda. Na realidade, o Plano consistiu em uma importante fase do ajuste fiscal brasileiro que representou a adaptação da economia brasileira às exigências do imperialismo.

O Plano Real foi arquitetado sobre o falso diagnóstico de que a causa primária da inflação seria o déficit público, ou seja, o fato de o governo gastar mais do que arrecada, sendo a causa secundária a inflação inercial, que se refere à memória da inflação passada alimentando a inflação presente. Com o objetivo de acabar com o déficit, a primeira fase do plano foi a do ajuste fiscal, viabilizado por meio da criação do Fundo Social de Emergência (Desvinculação de Receitas da União – DRU) em 1994.

O ajuste proposto foi tão drástico que exigiu alterar a destinação constitucional de 20% das verbas do orçamento para a educação; cortou mais de 50% das verbas do ministério do Bem-Estar Social; mais de 20% da Previdência Social e 15% da Ciência e Tecnologia. [...] Afinal, para que todos esses cortes? Eles visam, no fundo, elevar brutalmente o pagamento dos ‘encargos financeiros da União’, ou seja, os juros e amortizações dos títulos a vencer da dívida pública, que se elevariam em 35 bilhões de dólares. Aí está uma das mais perversas faces do ajuste, pois em seu nome se fazem cortes profundos no orçamento, quase levando à paralisia a máquina pública em setores vitais como saúde, saneamento, educação e infra-estrutura, a fim de carrear recursos para os credores internos e externos. (GOMES, 1995, p. 55)

Assim reforça-se a ideia de que a crise inflacionária tem como causa o excesso de gastos com investimentos, pessoal e serviços prestados ao povo, quando na realidade, a natureza da crise é outra.

E a prova de que a inflação não decorre do excesso de gastos do Estado com pessoal, investimentos ou serviços prestados ao público está no fato de que o Brasil, desde 1982, e salvo um único ano (1989), não registrou déficit primário [que não leva em consideração o pagamento dos serviços da dívida pública]. Com salários, custeio e investimento, portanto, o país não gasta mais do que arrecada. O desequilíbrio essencial das contas nacionais é causado pelo déficit operacional, decorrente dos pagamentos dos juros da dívida pública, déficit que vem se agravando desde 1982, quando o país fez o primeiro acordo com o FMI. (GOMES, 1995, p. 56)

A segunda fase do plano foi a introdução da Unidade Real de Valor (URV) como indexador geral da economia, obrigatório para os salários e facultativo para os demais preços, com o objetivo de anular a inflação inercial. Assim, com todos os preços indexados à URV e alinhados entre si, ficaria então mais fácil passar-se à terceira fase do plano, a adoção de uma moeda dolarizada: o real. Além de coroar o ajuste neoliberal no Brasil, aprofundando a dependência do país em relação ao capital financeiro internacional, o Plano Real também serviu como a base da campanha eleitoral de FHC. Dessa forma, o mesmo bloco político que deu sustentação à eleição de Collor em 1989, sustentou a eleição de FHC em 1994 – que também se valeu do próprio aparelho de Estado para a sua campanha, já que o Plano Real foi projetado e saiu vitorioso no âmbito do Ministério da Fazenda –, garantindo a continuidade do projeto imperialista e neoliberal no interior da política de Estado brasileira. Ao tomar posse, FHC abriu ainda mais concessões ao capital financeiro, recrudescendo o plano de privatização de empresas estatais que já havia sido iniciado por Collor em 1991, privatizando a então Vale do Rio Doce, hoje Vale, responsável por duas tragédias recentes envolvendo o rompimento de barragens de rejeitos de minérios⁶⁵, além de diversas empresas do ramo de energia elétrica.

Não constitui propósito deste trabalho caracterizar as políticas de Estado levadas a cabo pelos presidentes que se seguiram após os dois mandatos de FHC, mas é

⁶⁵ A primeira ocorreu em 2015, na cidade de Mariana-MG, em que o rompimento de uma barragem da empresa Samarco Mineração, sob controle da Vale, destruiu o subdistrito de Bento Rodrigues, além de matar grande parte do bioma presente no Rio Doce e deixar 18 mortos e 1 desaparecido. O mais recente – e mais grave – ocorreu em janeiro de 2019, cujo rompimento de uma das maiores barragens da Vale na cidade de Brumadinho-MG deixou 165 mortos, além de mais de 160 pessoas que ainda estão desaparecidas.

importante ressaltar que os interesses do imperialismo deram a tônica de tais políticas, inclusive durante os mandatos de Lula e Dilma (PT), embora com clivagens importantes que levaram a uma mudança substancial na direção do Estado brasileiro que acabaram culminando com o golpe de Estado em 2016 em que, por consequência de um processo jurídico-midiático, a presidente Dilma foi impedida e assumiu seu vice, Michel Temer (MDB).

CAPÍTULO III

NEOLIBERALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS

A política neoliberal causa, em relação às classes trabalhadoras, alguns efeitos, tais como redução dos salários e do emprego, concentração de renda e deterioração das políticas sociais (BOITO Jr., 1999). Para fins da presente pesquisa, nosso foco será o último, embora todos eles estejam intimamente atrelados à política econômica de um governo neoliberal.

1. Crise, reforma e contra reforma do Estado de Bem-Estar social

Apesar da dificuldade de apontar a origem exata do neoliberalismo enquanto fenômeno e enquanto corpo teórico bem delimitado – distinto do liberalismo clássico –, retomando o que já apontamos no capítulo anterior, é possível afirmar que o neoliberalismo torna-se proeminente na década de 1980, sobretudo nos países centrais, ao impor uma contrarreforma à reforma proposta pelos preceitos do Estado de bem-estar social de Keynes.

Segundo Dardot e Laval (2016), os dogmas do liberalismo clássico tornaram-se alvo de questionamento pelo menos a partir da segunda metade do século XIX. Essa crise teórica e filosófica agravou-se principalmente a partir da Primeira Guerra Mundial e suas crises subsequentes e, com isso, a ‘intervenção’ do Estado na economia vinha se mostrando como uma opção cada vez mais necessária. É nesse contexto em que Keynes publica sua obra *O fim do laissez-faire* (1926), na qual ele afirma que o *laissez-faire*⁶⁶ é um dogma social simplista que, de certo modo, encontrou fundamento e meios de funcionamento até o século XVIII, mas que não respondia mais às novas demandas do capital e do Estado. Nesse sentido, ao Estado devem ser atribuídas as funções reguladora e redistribuidora, para que as trocas sociais e o mercado fossem reequilibrados em favor dos ‘mais fracos’, mediante a intervenção do Estado.

⁶⁶ *Laissez-faire* é uma expressão francesa que simboliza o liberalismo econômico em sua versão mais pura, no qual o mercado deve funcionar livremente, sem interferências do Estado, taxas nem subsídios, apenas com regulamentos suficientes para proteger os direitos de propriedade.

Keynes queria um Estado forte, capaz de impor a todos o aumento das despesas públicas, e a manutenção do nível de vida dos assalariados, para acabar com a crise econômica atribuída à insuficiência da ‘demanda efetiva’. Os novos ortodoxos, eles também, querem um Estado forte, capaz ele próprio de respeitar e fazer admitir uma ordem social baseada na liberdade de empresa, para que a regulação pelo mercado atue plenamente. (BRUNHOFF, 1991, p. 43)

Dessa forma, se olharmos de perto, podemos constatar que, apesar de diametralmente opostas, tanto a reforma proposta por Keynes – e outros autores da mesma escola⁶⁷ – quanto a contrarreforma ultraliberal proposta por Hayek, Friedman, Mises e tantos outros tinham um mesmo objetivo: responder à crise do liberalismo clássico sem, no entanto, romper com a lógica do capital. Mesmo porque, para Keynes, as despesas sociais do Estado tem utilidade fundamental: incrementar os efeitos multiplicadores que elas podem ter sobre o emprego e sobre a renda (BRUNHOFF, 1991). Não se trata, portanto, de um apoio incondicional à classe operária. As propostas da reforma keynesiana constituíram, nesse sentido,

[um] novo liberalismo [que] apresenta-se como uma alternativa ao socialismo coletivista e marxista, aderindo a uma forma de socialismo liberal que podemos qualificar de social-democrata; naturalmente, esse novo liberalismo é o exato oposto daquilo que hoje chamamos de neoliberalismo que é uma reação ultraliberal contra o intervencionismo keynesiano’. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 57)

Com a chegada da grande crise do modelo econômico do pós-guerra, em 1973, o capitalismo entrou em colapso generalizado – que alguns autores inclusive afirmam ser uma crise estrutural que se arrasta até os dias atuais, tendo encontrado seu ápice na crise de 2008 – e assim constituiu-se o terreno perfeito para as ideias neoliberais tomarem corpo.

Neste ponto, torna-se essencial que nos detenhamos no conceito de ‘crise’.

Segundo Brunhoff (1991), os teóricos neoliberais, assim como os liberais clássicos não possuem uma teoria sobre as crises do mercado por um motivo muito simples: segundo eles, as crises não se constituem como categorias econômicas. Isso porque as crises cíclicas são pequenos desequilíbrios essenciais à manutenção da

⁶⁷ Leonard Trelawny Hobhouse e John Dewey também foram dois nomes importantes, embora Keynes tenha sido o grande nome do período.

estabilidade dos mercados que, da mesma forma que aparecem, desaparecem, sem deixar nenhum estrago considerável. Qualquer crise que apresente consequências muito graves, não encontra causa no sistema econômico em si, mas em elementos externos ao mercado e, no geral, tais elementos estão relacionados à intervenção do Estado. Dessa forma, para evitar as crises, o Estado deve ser neutro e apenas fazer valer as ‘regras do jogo’, garantindo apenas a ordem social e a defesa da propriedade privada, sem intervir nos mecanismos de mercado com dispositivos regulatórios e redistributivos.

A legitimidade do Estado de bem-estar foi colocada à prova, justamente porque a ele foi atribuído uma das principais causas da crise estrutural dos anos 70 nos países centrais.

Considerado como o efeito de políticas que refletem lutas operárias, ele sofre o peso da crise dos anos 70, dificuldades financeiras, questões quanto à sua legitimidade e eficácia, ao passo que os avanços técnicos e capital financeiro assumem importância maior que a força de trabalho operária. (BRUNHOFF, 1991, p. 55)

O núcleo desta afirmação gira em torno do argumento de que se os trabalhadores possuem outros meios de subsistência que não sejam o preço de seu trabalho, equilíbrio da oferta e da demanda do mercado restará prejudicada, o que certamente culminará – como de fato ocorreu pela ótica dos neoliberais, – com uma crise. No entanto, o que a autora afirma, é que a crise do Estado de bem-estar foi consequência da crise econômica e não o contrário.

Nos Estados Unidos, primeira potência do mundo ocidental, a queda de lucros das empresas tinha começado desde a segunda metade dos anos 60. Quanto aos salários ‘reais’, pararam de aumentar no início dos anos 70. Em compensação, é verdade que as despesas públicas, em porcentagem do produto nacional, aumentaram no decorrer do período. O Estado seria então o primeiro responsável pelos desequilíbrios econômicos? (BRUNHOFF, 1991, p. 8)

Todos os elementos apresentados, dizem respeito às experiências nos países do centro do capitalismo. A questão que se coloca neste ponto é a seguinte: teria havido nos países periféricos, um Estado de bem-estar social? Ainda: tais países teriam experienciado a crise mundial dos anos 70 à mesma maneira que os países centrais?

Alguns autores já abriram espaço para a análise da emergência de um Estado de bem-estar social – distinto daquele puro, criatura própria da socialdemocracia europeia – nos países periféricos. Além do modelo desenvolvido por King (1987)⁶⁸, outros autores empreenderam esforços em conceituar e analisar os modelos de proteção social dos países periféricos, inclusive os da América Latina, dentre eles, Draibe (2007) em seu ensaio *Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea*, no qual a autora investiga, por meio da análise de uma ampla literatura acadêmica, padrões e tipos de Estado de bem-estar social.

No Brasil, o aprofundamento do debate sobre direitos sociais ocorreu concomitantemente à crise econômica⁶⁹, ao longo dos anos 70 e 80, quando as primeiras mobilizações públicas do Movimento pela Reforma Sanitária ocorreram. Quando a Constituição Federal passou a vigorar, a partir de 1988, garantindo uma série de direitos sociais, dentre eles o da saúde, a conjuntura ainda era de crise e de reformas econômicas – reformas estas que se apresentaram como consequência dos ajustes fiscais dos anos 90 – e de incisivo questionamento do papel do Estado no Brasil e no mundo, além da crítica às políticas universalistas. Tal conjuntura impôs uma série de constrangimentos à institucionalização dos direitos sociais, sobretudo o da saúde, fazendo com que a implantação da Reforma Sanitária, por meio da criação do SUS enquanto instituição, fosse um processo cheio de contradições (MENICUCCI, 2007).

Ao processo de democratização se seguiram, em sintonia com o receituário internacional, os de ajuste e estabilização econômica, acompanhado das reformas estruturais, em sentido inverso ao da ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém-consagrados na Constituição de 1988. (MENICUCCI, 2007, p. 306)

Em 1995, por exemplo, o Banco Mundial emitiu um informe aos países em desenvolvimento, recomendando que estes optassem por um sistema de saúde que universalizasse a atenção primária/básica – inclusive valendo-se de convênios com Organizações Não-Governamentais (ONGS) –, enquanto a assistência especializada, carente de uma tecnologia mais complexa – e, portanto, mais cara –, deveria ser

⁶⁸ Cf. capítulo I.

⁶⁹ Conforme já apontamos, o Brasil, enquanto periferia do capitalismo, também sofreu com as consequências da crise mundial iniciada nos anos 70, que ao longo dos anos 80 se superpuseram às consequências da crise nacional.

prestada pela iniciativa privada, a ser financiada por meio de seguros privados pós ou pré-pagos.

Vale assinalar a engenhosidade política e econômica deste modelo proposto pelo Banco Mundial, que ao contemplar um *mix* público/privado na sua estruturação, garante simultaneamente a universalização dos serviços básicos – satisfazendo minimamente parte das necessidades sociais de saúde – e a regulação de mercado para o acesso aos serviços mais especializados, respondendo assim aos interesses dos agentes econômicos. No entanto, um sistema com esta configuração submete os serviços especializados às forças de mercado, e segmenta a sua oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário. (ELIAS, 1997, p. 7)

Esta proposta privatista e focalizadora⁷⁰ estava absolutamente alinhada aos princípios neoliberais, já que permitia a atuação da iniciativa privada em modalidade distinta daquela preconizada na Constituição Federal, ao mesmo tempo em que subvertia o projeto do SUS, que tem como alguns de seus princípios norteadores ser *único, universal e integral*. O que resultou foi um sistema de saúde *dual*, que atende seus usuários de acordo com a sua colocação no mercado de trabalho e classe social: aqueles grupos empregados formalmente e com maior renda acessam os serviços por meio do mercado, enquanto os grupos empregados informalmente, ou ainda excluídos do mercado de trabalho e com menor renda, acessam o sistema público, limitado na oferta de serviços.

Nada mudou desde os anos 90, já que em 2018, conforme apontamos no primeiro capítulo, um documento de mesmo teor foi publicado pelo Banco Mundial endereçado aos candidatos às eleições presidenciais e suas equipes econômicas. Ao contrário, o que se nota, a despeito de algumas clivagens, é o recrudescimento dessa tendência.

2. *Processos de seletividade neoliberal e seus princípios norteadores*

Em termos de retórica, ou melhor, de ideologia neoliberal *teórica*, o que justifica a deterioração em larga escala dos direitos sociais, sobretudo na periferia do capitalismo, são os argumentos que já apontamos acima: a defesa do livre mercado, com

⁷⁰ Aprofundaremos tais conceitos mais adiante.

base nos malefícios do monopólio de serviços por parte do Estado. Milton Friedman⁷¹, um dos nomes mais expressivos na defesa do neoliberalismo no século 20, autor de *Liberdade para escolher*, considerado um manifesto político em defesa do liberalismo econômico, exalta justamente aquilo que anuncia o título da obra: a liberdade do indivíduo de escolher o fornecedor de um serviço ou produto, sendo danoso, portanto, que o Estado monopolize a produção de um determinado serviço. A questão fundamental que se coloca é que, conforme já apontamos, a ideologia neoliberal prioriza o *serviço* em detrimento do *direito* ao mesmo tempo em que prioriza o *indivíduo enquanto consumidor livre para escolher* em detrimento do *indivíduo enquanto cidadão portador de direitos* que, no caso do Brasil, por exemplo, são universais e deveriam ser integralmente garantidos pelo Estado.

O Dr. Friedman foi paradoxal em seu livro ‘Liberdade para escolher’ porque ele defende a ‘tirania do controle’ e a existência de um racionalismo natural que é mais um produto de sua imaginação fértil, ignorando que a liberdade sem controle produziu a realidade que encontramos no mundo de hoje em que 2/3 da população passa fome. no Brasil, temos 1/3 em miséria absoluta. Então essa liberdade de escolher não é possível para estes que não tem nenhuma opção. O liberalismo é possível para um cidadão que satisfaz as suas necessidades fundamentais, está bem alimentado e obviamente então pode satirizar os mecanismos de controle. A realidade é que a mão invisível de Adam Smith esqueceu 2/3 da população do mundo e esqueceu de 1/3 da população do Brasil que passam fome e não tem a liberdade de escolher. (Friedman à luz da realidade brasileira, Seminário realizado pela Turma Pedro II da ESG – 1973, p. 152-153)

Já em termos de ideologia prática, a justificativa mais genérica é aquela que forneceu as bases para o Plano Real: redução de gastos do Estado, que, em tempos de crise, deve ‘enxugar a máquina pública’, sob o argumento de que tais gastos, em geral, são as causas das crises. Contudo, no caso do Brasil, a consolidação da política neoliberal ocorreu em conjunto com o processo de ‘redemocratização’ e com a regulamentação dos diversos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988, o que imprimiu à nossa conjuntura algumas particularidades. Com base nesse e em outros aspectos, alguns autores inferiram que as políticas sociais no contexto

⁷¹ Milton Friedman foi um economista norte-americano, professor da Universidade de Chicago que formou os chamados *Chicago Boys*, grupo de jovens economistas que formularam as políticas econômicas da ditadura chilena.

neoliberal latinoamericano poderiam assumir um caráter mais progressista⁷², sendo uma delas Draibe que, em seu artigo intitulado *As políticas sociais e o neoliberalismo – reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas*, aponta o que ela denomina ‘vetores estruturantes’ das reformas de programas sociais preconizadas pelo neoliberalismo, que são: a *descentralização* da prestação de serviços, a *desconcentração participativa* (ou *privatização*) e a *focalização* dos serviços públicos.

A descentralização diz respeito à transferência de atribuições do governo federal para os governos municipal e estadual, o que em tese, deveria aumentar a eficiência da aplicação dos recursos já que aproxima a gestão da verba da população-alvo. Conforme já apontamos, a descentralização foi uma das principais bandeiras do Movimento pela Reforma Sanitária, mas sua definição foi subvertida pela agenda neoliberal, já que a participação popular não se efetivou à maneira idealizada pelo Movimento – a despeito da existência dos Conselhos de Saúde, conforme veremos a seguir – além de ter se convertido, ao longo dos anos, em uma sobrecarga dos estados e, sobretudo, dos municípios em termos de financiamento do SUS. Outro empecilho à efetivação do processo de descentralização foi a herança centralizadora do Estado brasileiro, cujo contrapeso também foi depositado na participação popular por meio da criação dos Conselhos, conforme apontou Elias (1997).

Desta forma, a descentralização da saúde passa a ser enunciada mais por seu componente racionalizador, frequentemente entendido como diminuição de custos, do que propriamente pelas suas potencialidades no incremento da democratização da instância municipal. No plano discursivo, esta nova postura encontra-se de pleno acordo com os preceitos prescritos pelo Banco Mundial para a reformulação dos sistemas de saúde dos países da periferia capitalista. (ELIAS, 1997, p. 18)

A desconcentração participativa ou privatização seria o envolvimento de entidades filantrópicas e associações não-governamentais nas políticas sociais com o objetivo de ‘desburocratizar’ a execução das políticas públicas. Isso significa repassar a execução das políticas públicas aos setores privados – o que pode possuir diversas modalidades segundo Draibe:

⁷² Em *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*, Boito Jr. realiza uma crítica a essa tese, endossada também por outros autores já que, segundo ele, não se pode pensar uma política social desvinculada da política econômica do Estado.

- transferência (incluindo a venda) para a propriedade privada de estabelecimentos públicos;
- a cessação de programas públicos e o desengajamento do governo de algumas responsabilidades específicas ('privatização implícita'); reduções (em volume, capacidade, qualidade) de serviços publicamente produzidos, conduzindo a demanda para o setor privado ('privatização por atribuição');
- o financiamento público do consumo de serviços privados – através de contratação e terceirização, reembolso ou 'indenização' dos consumidores, tickets e 'vales' com pagamento direto aos provedores privados, etc;
- formas de desregulação ou desregulamentação que permitem a entrada de firmas privadas em setores antes monopolizados pelo governo. (DRAIBE, 1993, p. 98)

Independentemente da modalidade, a tendência privatista herdada do sistema médico-assistencial privatista é realidade em todo o Sistema, conforme buscamos demonstrar no município de Marília, considerando que a iniciativa privada, no município, detém para si a prestação da maior parte dos serviços tanto na Atenção Básica, quanto na Atenção de Média e Alta Complexidade.

Por fim, a focalização dos gastos públicos consiste na substituição do universalismo do Estado de bem-estar pela concentração de gastos públicos na população de baixa renda, com o suposto objetivo de 'dar mais a quem tem menos'. Aqui se estabelece um conflito com o princípio que regula os direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988: a universalidade. No entanto, o maior problema sobre a questão da focalização não é sobre a forma de aplicação dos recursos, mas sim, a quantidade de recursos. Isso porque, além da concentração dos gastos públicos na população de baixa renda, a focalização assume também um outro significado: concentração dos recursos num piso mínimo e reduzido de serviços (BOITO Jr., 1998), o que se traduz em um subfinanciamento do sistema.

[segundo o pensamento neoliberal] apenas pensões mínimas e tão-somente serviços médicos elementares e baratos deveriam ser fornecidos pelo sistema público à população de baixa renda. (BOITO Jr., 1998, p. 80-1)

Assim, o Estado se responsabilizaria apenas por políticas preventivas de baixo custo e complexidade, enquanto os serviços mais caros ficariam sob responsabilidade do setor privado, tanto por meio da compra de serviços por parte do Estado, quanto (e principalmente) por meio da contratação particular dos usuários.

Ainda é interessante observar a questão da arrecadação desses recursos. A estrutura tributária brasileira e – latino-americana – é altamente regressiva, ou seja, recai majoritariamente sobre as camadas mais pobres. Note que a proposta neoliberal da focalização somente diz respeito à aplicação dos recursos nas políticas sociais, já que no tocante à arrecadação não leva em consideração a oneração desproporcional que recai sobre os trabalhadores.

No Chile, que é apontado como o exemplo a ser seguido pela América Latina, os impostos indiretos subiram entre 1980 e 1988 de 13,4% para 15,2% do PIB, enquanto os impostos diretos caíram, no mesmo período, de 5,4% para apenas 2,5%. No México, os impostos indiretos subiram, no mesmo período, de 5,5% para 6,4% do PIB, enquanto a participação dos impostos diretos caía de 5,8% para 4,9%. Na Argentina a evolução é um pouco diferente: os impostos indiretos diminuíram, mas os impostos diretos diminuíram muito mais – cerca de 12% e 33%, respectivamente. (BOITO Jr., 1998, p.81)

No caso específico do financiamento do SUS no Brasil, a regressividade não é tão acentuada, no entanto, o maior ônus ainda incide, indiretamente e proporcionalmente, sobre a renda dos mais pobres.

O financiamento do SUS é realizado via pagamento de impostos e contribuições sociais, de forma que o grau de equidade no financiamento do sistema público de saúde é o mesmo dos tributos que o financiam. Os resultados mostraram que os decis inferiores de renda contribuem menos que proporcionalmente à sua renda, o que indicaria uma estrutura tributária progressiva, mas que, como o último décimo, que concentra 46% da renda, contribui com pouco menos do que concentra em renda, o grau de progressividade dos tributos que financiam o SUS diminui. (UGÁ e SANTOS, 2006, p. 11)

E ainda

[...] deve-se mencionar que a provisão de políticas sociais passou, nos últimos 15 anos, a ser vista não mais como um dos principais instrumentos redistributivos do Estado numa sociedade altamente desigual como a nossa. Ao contrário, desde o início dos anos noventa, passou a ser tratada como instrumento do ajuste macroeconômico e, portanto, objeto do corte do gasto público. Note-se que essas políticas de ajuste vinculam *nada menos que a metade do gasto público* ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização das dívidas interna e externa. (UGÁ e SANTOS, 2006, p. 12, grifos nossos)

A pequena incongruência entre os autores citados, tem a ver com a referência de cada um: a referência de Boito Jr. é geral, enquanto a de Ugá e Santos é específica da saúde, setor que tem vinculação constitucional com percentual mínimo.

A questão do financiamento, ou melhor, do subfinanciamento do SUS vem constituindo matéria de discussão, tanto entre estudiosos sobre o tema, quanto entre defensores do direito à saúde, desde pelo menos o início do processo de institucionalização do Sistema. A justificativa dos governos à limitação do financiamento para direitos sociais está sempre relacionada a uma racionalização do uso do fundo público, crises econômicas, ou ainda, a necessidade de redução de gastos justificada por uma pretensa ausência de recursos financeiros⁷³. No entanto, apesar de tais alegações, a análise de dados oficiais do Tesouro Nacional (SIAFI – STN/CCONT/GEINF)⁷⁴ nos permite verificar que, nos últimos anos, quase metade do orçamento do governo federal tem sido destinado aos custos com o serviço da dívida pública (amortizações e juros).

É neste sentido que Menicucci (2007) aponta que o subfinanciamento do SUS não é manifestação de uma pretensa limitação de recursos públicos, mas sim, de uma ausência de disposição das instituições governamentais envolvidas no processo de implementação das políticas. Assim, a inviabilização financeira de uma política de saúde plenamente alinhada ao projeto da Reforma Sanitária, impediu a criação de

[...] mecanismos efetivos e estáveis para o financiamento SUS, [o que] funcionou como um mecanismo indireto para a redução de seu alcance e efetividade, mesmo que no discurso dominante, em geral, não sejam questionados os seus fundamentos básicos. (MENICUCCI, 2007, p. 311)

Dessa forma, o que podemos concluir é que não necessariamente trata-se de falta de recursos financeiros, mas sim, da escolha dos governos em relação aos setores onde será aplicado o dinheiro público, e tal escolha certamente não tem as políticas sociais como prioridade, sobretudo em governos alinhados com a política neoliberal. O que ocorre é que essa ‘ausência de disposição’ possui um caráter de classe e está relacionado aos processos de seletividade estrutural demonstrados por Claus Offe em sua obra *Problemas estruturais do Estado capitalista* (1984).

⁷³ Note que este é o núcleo argumentativo dos defensores da Reforma da Previdência, que integra a Seguridade Social em conjunto com a Saúde e com a Assistência Social, figurando na Constituição, portanto, como um direito social.

⁷⁴ Conferir no portal eletrônico do Tesouro Nacional: <http://www.tesourotransparente.gov.br>.

O autor denomina a dominação levada a cabo pelo Estado burguês como um ‘sistema de regulamentação seletivo’, ou melhor, como um ‘processo de seletividade’, cujo conceito expressa um conjunto de ‘regras de exclusão institucionalizadas’. A questão que ele levanta é a seguinte: o que define o aquilo que tais regras excluem? Como conceituar os ‘não-acontecimentos’ relevantes no processo de seletividade estrutural? Offe define três categorias de ‘não-acontecimentos’: 1) acontecimentos excluídos estruturalmente, cuja impossibilidade de acontecer deriva das características estruturais do Estado burguês; 2) acontecimentos excluídos acidentalmente, que poderiam ter acontecido sem que as estruturas fossem afetadas, no entanto, por um acidente, foram impossibilitados e por fim os 3) sistêmicos, que são os intermediários entre 1) e 2) e não podem ser atribuídas a nenhuma das duas causas.

Tais princípios estão devidamente orientados pelo caráter classista do Estado que, segundo o autor, pode ser identificado por dois processos de seletividade opostos e complementares entre si, que ele denomina *positivo* e *negativo*. O positivo se refere a capacidade do Estado de integrar a multiplicidade de interesses de grupos capitalistas isolados – que ele define como ‘*estreitos, efêmeros, contraditórios e imperfeitamente formulados*’ – em um único interesse global de classe. O negativo se refere à capacidade do Estado de se defender contra interesses de grupos anticapitalistas.

Podemos por isso dizer que a dominação estatal somente tem caráter de classe quando for construída de modo a proteger o capital tanto de sua própria falsa consciência quanto de uma consciência anticapitalista. (OFFE, 1984, p. 150)

Esses mecanismos de seleção podem ser observados em quatro níveis: estrutura, ideologia, processo e repressão, níveis tais que funcionam como filtros superpostos e cumulativos que barram os ‘não-acontecimentos’, dessa forma, 1) a nível estrutural se verifica a possibilidade de ação do sistema institucional político fixado juridicamente; 2) a nível ideológico se restringe a estrutura por meio do sistema de normas ideológicas e culturais; 3) a nível processual encontram-se as estruturas formais de regulamentação que determinam os processos de decisão e por fim 4) a nível repressor, se verifica a ameaça de atos repressivos do aparelho estatal através dos órgãos de polícia, exército ou justiça.

No entanto, a atuação desses filtros como base do processo de seletividade não pode apresentar-se como tal, considerando que o Estado nega a todo momento seu caráter de classe.

[o Estado] se *recusa* a uma explicação baseada na teoria de classes. Simplificando, pode-se dizer que a dominação política em sociedades industriais capitalistas é o método da dominação de classes que *não se revela como tal*. As razões para essa definição aparentemente paradoxal, mas no fundo lógica, são óbvias. Admitindo-se que instituições da dominação política estariam exercendo uma seletividade vinculada à classe, somente poderiam fazê-lo de forma permanente se lhes fosse possível, simultaneamente, *desmentir de forma duradoura* a especificidade das operações de seleção (ou seja, o seu caráter classista). Essa seletividade estaria sendo exercida no sentido de preservar o capital global tanto dos riscos de sua própria dinâmica anárquica quanto da contradição decorrente da força de trabalho que lhe é subordinada, produzindo – como foi exposto acima – operações de direcionamento ‘coordenadoras’ e ‘repressoras’. Por que esse desmentido? Porque é somente sob a condição de que as atividades estatais a serviço do processo de valorização permaneçam ocultas, que a base do poder soberano, do qual depende a realização dessas atividades, pode ser mantida e preservada. Pois o poder soberano concretizado nas instituições políticas se vê forçado – diferentemente da violência cega, embutida nas relações de exploração econômica que se realizam na troca de equivalentes – a declarar-se a justificar-se como poder. (OFFE, 1984, p. 162, grifos do autor)

Com base no que foi desenvolvido até este ponto, o que buscamos aqui demonstrar, portanto, é que as dificuldades dos usuários do SUS para acessar os serviços de saúde em Marília residem em três processos distintos e complementares de seletividade: o estrutural, relativo ao tipo capitalista de Estado; o ideológico, concernente à ideologia neoliberal; e o operacional, que consiste na operacionalização da política de saúde conforme as diretrizes da ideologia neoliberal nas condições particulares do município de Marília.

3. *Participação popular e os interesses em jogo pela saúde pública*

Todo o debate dos movimentos sociais que resultou no projeto da reforma sanitária girou em torno de uma noção bem delimitada de saúde, muito mais relacionada a um contexto social econômico, político e cultural do que relacionada tão somente a assistência de saúde de fato, que compreende médicos, medicamentos, exames, estabelecimentos de saúde, etc. Essa noção de saúde, intrinsecamente vinculada ao

debate sobre a democratização do país, leva em consideração as condições concretas de existência e sobrevivência do indivíduo, ou seja, renda, moradia, transporte, segurança no trabalho, saneamento básico, dentre outros elementos, mesmo porque, essas eram as carências da base mais popular do movimento. Além disso, essa noção de saúde expande as possibilidades de discussão, tornando o debate público e, portanto, político.

Os movimentos sociais na área da saúde surgiram no final da década de 1970, principalmente em São Paulo, como parte constitutiva dos ‘novos movimentos sociais’. Dentre eles, podemos destacar os movimentos populares em saúde que se originaram nos bairros da periferia, motivados pela ausência de serviços básicos de saneamento e saúde e o movimento médico, de caráter sindical e técnico-científico, preocupado com a precariedade do exercício profissional e dos serviços de saúde. (SILVA, 2004, p. 6)

Essa noção social e política de saúde contrasta diametralmente com a noção mercantilizada, que compreende a saúde de forma reduzida e individual e prioriza os aspectos curativos da assistência à saúde, desconsiderando completamente o papel da sociedade e do Estado no estado de saúde dos cidadãos, responsabilizando o indivíduo não apenas pelo seu estado de saúde, mas também pelo custeio dos serviços necessários à sua manutenção. Além disso, essa noção considera a saúde enquanto um setor da economia a ser explorado pelo capital.

Esses dois conceitos contrastantes de saúde disputaram espaço durante todo o debate, elaboração e institucionalização do SUS, embora, em termos formais, a primeira tenha obtido mais projeção, considerando a conjuntura favorável ao debate. No entanto, a iniciativa privada – apoiada na noção mercantilizada de saúde – predominante na oferta de serviços de saúde durante os anos 70, se manteve ativa na defesa de seus interesses enquanto setor econômico cada vez mais crescente na cena brasileira. Essa disputa fez com que a trajetória da implantação da Reforma Sanitária viesse a ser um processo cheio de contradições e clivagens.

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde, no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados. [...] Essa segmentação não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores que enfatizassem a solidariedade e o igualitarismo que pudessem dar suporte à reforma,

que, por seu caráter redistributivo, demandaria coalizões mais amplas. (MENICUCCI, 2007, p. 308)

Além da vigilante atuação da iniciativa privada, que evidentemente não abriria mão do seu espaço na oferta de serviços, espaço em que predominava desde pelo menos os anos 70, e do recuo dos movimentos sociais no momento posterior à promulgação da Constituição Federal, o que dificultou ainda mais a articulação dos interesses do Movimento pela Reforma na regulamentação e institucionalização do SUS, outro fato importante deve ser considerado. Diversas categorias de trabalhadores tinham em sua agenda de negociação coletiva – por meio dos sindicatos – a demanda por uma assistência de saúde especializada, diversa da assistência pública, o que, segundo Menicucci (2007) constituiu-se em um ‘veto implícito’ ao sistema universal e público, fato esse que dificultou ainda mais a pressão pela elaboração de instrumentos para efetivar o projeto do SUS. Isso porque o setor mais combativo dos sindicatos, representado pela Central Única dos Trabalhadores (CUT), considerando sua trajetória de organização, tinha sido um dos elementos essenciais na luta pela Reforma Sanitária e, justamente por isso, sua mudança de prioridades afetou diretamente o processo de institucionalização do SUS.

A pressão da iniciativa privada contra a Reforma Sanitária não conseguiu impedir que a saúde figurasse como direito de todos e dever do Estado no texto constitucional, contudo, conseguiu garantir sua presença na oferta de serviços complementando e suplementando o sistema público. Ora, considerando que para que uma política se efetive, é necessário que sejam estabelecidos e criados os instrumentos adequados, tais como legislação e equipamentos; no caso, a criação do SUS não acompanhou uma aparelhagem da estrutura de serviços públicos à altura, como por exemplo a construção ou estatização de hospitais – como ocorreu no caso do Serviço Nacional de Saúde inglês (National Health Service – NHS) –, à iniciativa privada continuou garantido um amplo espaço de atuação, sobretudo na venda de serviços ao Estado.

A opção do passado pela compra de serviços, principalmente hospitalares, tendeu a ser readotada, na medida em que não se desenvolveram capacidades estatais para uma opção diferente. A forte penetração dos interesses dos prestadores de serviços privados nas instituições governamentais garantiu que esses interesses fossem protegidos, e não se desenvolveu uma ação reguladora que

assegurasse a preservação do interesse público na compra de serviços. (MENICUCCI, 2007, p. 317)

Não foge a essa tendência, o município de Marília que, conforme demonstramos no primeiro capítulo, possui três hospitais, sendo dois deles hospitais particulares. Além dos hospitais, boa parte da demanda de exames especializados (ressonâncias magnéticas, raios-X, tomografias e exames laboratoriais) também são realizados pela iniciativa privada em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Nossa pesquisa não demonstrou nenhum projeto, tampouco qualquer sinal de vontade política por parte dos governos municipal e estadual para ampliar a oferta pública de serviços.

O conjunto desses constrangimentos retardou também o processo de regulamentação do SUS, sendo que a Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis nº 8080 e nº 8142, foi promulgada apenas em 1990, embora o setor da saúde tenha sido o primeiro dos direitos sociais garantidos pela Constituição a ser regulamentado, o que demonstra a grande capacidade de organização e pressão do movimento.

É a lei nº 8142/1990 que cria e estabelece os princípios de atuação dos Conselhos e Conferências Municipais e Estaduais de Saúde. O Conselho de Saúde de Marília, o COMUS, conforme já apontamos, existe desde 1990 e tem como presidente Gilberto Martins, representante do segmento dos usuários. Além do Sr. Darci que é presidente de associação de bairro e do médico Eduardo, que à época da entrevista atuava na Atenção Básica em Pompéia-SP, entrevistamos também um terceiro membro do COMUS: Mayara Franco, que atua desde 2018 no Conselho, pós-graduada em Direito Trabalhista, além de fazer parte da Associação Anjos Guerreiros que presta suporte a famílias de crianças com deficiência e milita em favor de políticas públicas que contemplem as necessidades dessas crianças.

Cabe apontar que as três entrevistas foram realizadas em momentos distintos, no entanto, o roteiro e as perguntas realizadas aos três entrevistados eram os mesmos. Apesar disso, cada entrevista trilhou por um caminho distinto e a entrevista de Mayara Franco teve um tom pronunciadamente mais crítico que as dos outros dois entrevistados, embora todos tenham demonstrado críticas importantes ao papel que cabe ao COMUS na gestão da saúde em Marília. Segundo ela, a composição do COMUS obedece ao que preconiza a lei: 50% de usuários, 25% de entidades e gestores e 25% de trabalhadores da saúde. Ao ser questionada sobre como funciona a interação entre o

COMUS e a Secretaria da Saúde no que tange à imposição de demandas para a elaboração de políticas, ela foi bem categórica:

As prestações de contas são encaminhadas mensalmente para o Conselho aprovar, no entanto, elas vêm sempre ultrapassadas. Por exemplo, esse mês [julho] veio a de Abril. Ou seja, fica impossível de questionar coisas que já ocorreram. Só agora chegou para a gente a prestação de contas das ambulâncias que foram entregues há dois meses e do postinho de saúde do bairro novo [Vida Nova Maracá]. Então a gente não acompanha em tempo real o que está acontecendo, entende? Não vem pra gente, por exemplo, quem são as empresas que participam das licitações por exemplo. Então quando vem, já é conta passada. A gente pode até correr atrás, sabe? Mas é complicado. Inclusive na última reunião o Secretário da Saúde estava presente, a dona Kátia também sempre esteve presente, que é a ex-secretária. Mas nada do que a gente aponta é passado pra frente. Eles falam assim: vamos resolver, vamos levar para a Câmara. Ué, o Conselho é só pra ‘dar conselho’ pros vereadores? Pro secretário?

Fica evidente a ausência de poder deliberativo de fato (já que o tem de direito pela lei 8142) do Conselho frente à gestão municipal, considerando que analisar contas de dois meses passados permite, no limite, fiscalizar o que já foi realizado e não *controlar e deliberar* sobre as políticas, conforme preconiza a legislação vigente.

Nessa fala, Mayara também se referiu à ex-secretária e ao atual secretário de saúde de Marília. Ricardo Sevilha Mustafá assumiu a pasta em dezembro de 2018, substituindo Kátia Ferraz Santana, que atuava como Secretária de Saúde desde o início da atual administração. Kátia é pós-graduada em administração hospitalar e atua desde 2013 na diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Marília. Ricardo é especialista em direito ambiental e nunca atuou em nenhuma instituição de saúde. Já apontamos anteriormente sobre tal fato relacionado à nova Portaria⁷⁵ do Ministério da Saúde que confere aos gestores municipais e estaduais mais autonomia na aplicação dos recursos oriundos da União, e como o fato de o secretário não possuir conhecimentos técnicos a respeito da área da saúde pode criar alguns problemas na gestão dos recursos. Sobre tal fato, Mayara pontuou:

O presidente do COMUS tem uma relação bem próxima com o prefeito e com os vereadores da situação. Além disso, ele demonstrou

⁷⁵ Portaria MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.

ter gostado da troca de secretários. Ele elogia muito o secretário atual, diz que ele é mais jovem, mais correto, veio para modificar as coisas necessárias, etc. Mas o que a gente nota é que com ele não tem muita conversa. Com a Kátia, por exemplo, o diálogo era bem mais aberto. Se eu quisesse ligar para ela agora, para tratar de algum assunto, ela me atenderia. Esse novo secretário só aparece quando tem alguma grande novidade, como a compra das ambulâncias por exemplo. Quando precisa propagandar algo da administração. Só aparece quando quer e para defender o que ele quer.

Nossa pesquisa acabou acompanhando a troca de secretários e, considerando o conjunto de entrevistas e dados que coletamos até a data da entrevista com Mayara, restou evidente que a ex-secretária estava mais alinhada com a realidade da saúde do município de Marília, além de possuir certo engajamento em relação à defesa do direito à saúde, considerando que, à ocasião do evento com Francisco Funcia, do CNS, demonstrou estar de acordo com sua fala que foi absolutamente contrária à EC 95, que estabelece teto de gastos com políticas sociais pelos próximos 20 anos, e em defesa do investimento público em direitos sociais. Perguntamos à Mayara se ela entendeu essa mudança de secretários como algo instrumental por parte da gestão municipal, que respondeu:

Foi sim, com certeza. A Kátia era profissional de saúde. Foi muito bem pensado, porque da saúde sai muito dinheiro. E infelizmente a população não vai buscar saber. Muita gente sequer sabe da existência do Conselho Municipal de Saúde. A gente simplesmente não consegue se comunicar com esse cara, nem nós do Conselho, nem a população. Ele só conversa com os vereadores, com quem ele tem o discurso super alinhado. O ‘corte’ da Kátia foi bem cirúrgico.

A ex-secretária Kátia fez uso da ‘autonomia’ que a Secretaria de Saúde possui frente à gestão municipal que apontamos anteriormente e é inevitável não associar sua exoneração à conjuntura nacional pós-eleições presidenciais e o recrudescimento do discurso ultraconservador e neoliberal.

Um ponto interessante a ser pontuado da fala de Mayara é em relação à associação do presidente do COMUS – que é do segmento dos usuários – com a atual administração. Tal fala tem relação com o que também foi apontado pelo médico Eduardo que afirmou que há uma série de alianças firmadas entre as lideranças de bairro e alguns partidos que possuem representantes na Câmara Municipal, além da defesa da manutenção de contratos com a iniciativa privada, cujas entidades também possuem

representatividade no âmbito do COMUS⁷⁶. Ao ser questionada sobre a ausência da participação popular de fato no âmbito do COMUS, elemento que também apareceu na entrevista dos outros dois conselheiros, Mayara pontuou:

O obstáculo à participação popular começa no horário das reuniões que é às 17h. Alguns conselheiros, eu inclusa, já sugerimos que essa reunião comece após as 18h, para contemplar a maior parte dos trabalhadores que sai essa hora do trabalho. Mas não obtivemos sucesso. E pra finalizar, penso que as propostas que a gente faz nas reuniões, não saem da sala. Como aconteceu na Conferência Estadual⁷⁷. O que chega ao gestor, são problemas pontuais, fáceis de serem resolvidos. Nenhuma proposta de política de fato passa pelo crivo deles. É mais fácil solucionar esses problemas pontuais do que a raiz do problema, entende?

Nesse sentido, podemos levantar algumas questões relacionadas à participação popular por meio do Conselho de Saúde, relacionando tais aspectos locais/conjunturais com o debate estrutural sobre o Estado que apresentamos anteriormente.

Silva (2004) apresenta alguns elementos importantes para essa reflexão. A participação e o controle popular das políticas de saúde foi uma das bandeiras reivindicatórias do Movimento pela Reforma Sanitária que, formalmente falando, foi atendida na medida em que os Conselhos e Conferências foram criados pela LOS. No entanto, segundo a autora, o processo de institucionalização do SUS modificou o sentido dessa participação, imprimindo-lhe um caráter ‘essencialmente burguês’. Assim, embora a Lei 8142/2019⁷⁸ confira aos Conselhos caráter deliberativo, suas decisões devem ser ratificadas pela gestão, o que condiciona a execução das políticas à vontade do poder político local. Além disso, são inúmeros os obstáculos enfrentados pelos conselheiros na imposição de demandas e políticas, conforme pudemos verificar por meio das entrevistas realizadas. Segundo Silva (2004), outros estudos sobre a atuação de Conselhos locais apontam para a mesma direção:

⁷⁶ Márcia Mesquita Serva que é Diretora Administrativa da Associação Beneficente Hospital Universitário (ABHU), Márcia Ribeiro Mota, que é Coordenadora de Negócios da Santa Casa de Misericórdia de Marília e Virginia Balloni, que é presidente da Maternidade Gota de Leite.

⁷⁷ Mayara relatou que as 51 propostas que resultaram da Conferência Municipal de Saúde que ocorreu em Marília em novembro de 2018 não foram puderam sequer ser expostas na ocasião da Conferência Estadual de Saúde, o que gerou inclusive uma paralisação na mesa em que estavam os representantes de Marília, porém, mesmo após a paralisação não obtiveram sucesso.

⁷⁸ Art 1º, § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, **cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.**

Os pontos da pauta tratam, na maioria das vezes, de questões administrativas e dificilmente se delibera sobre eles; o processo decisório é dependente da vontade do Secretário, bem como a agenda de discussão; nem todo conselheiro tem acesso às informações sobre a política de saúde; falta de mecanismos de intercâmbio com a população. (SILVA, 2004, p. 11)

A questão fundamental é a seguinte: embora tais elementos manifestem-se a níveis conjunturais – nesse caso, refreamentos à ação deliberativa e participativa dos Conselhos locais, alianças políticas entre lideranças de bairro e partidos à direita, limitações à participação popular nas reuniões do Conselho, dentre outros – elas podem nos fornecer a matéria necessária para verificar manifestações do modo estrutural, ou seja, da luta de classes em relação ao Estado burguês. Isso porque, a iniciativa privada está melhor aparelhada para a defesa dos seus interesses, por motivos como conhecimento e informação, disponibilidade para participar, poder econômico e político junto ao Executivo e ao Legislativo, dentre outros aspectos. Note que, do ponto de vista estrutural, embora a lei possa fazer parecer, não existe equidade entre a diretoria de um hospital privado e um usuário da rede pública.

Assim, os Conselhos acabam sendo integrados à institucionalidade do sistema, dificultando uma atuação de caráter político, somente oferecendo instrumentos para, no limite, apontamentos e indicações relacionadas a questões mais pontuais de gestão, prestação de contas, financiamento e ainda assim, no caso de Marília, de forma defasada.

O resultado prático, como se observará adiante, é que as experiências de participação dos movimentos populares sofreram mutações sob os impactos das transformações políticas e econômicas e, ao entrarem em contato com a institucionalidade, perderam muito de sua proposta inicial, de tal maneira que se chegou ao ano 2000 com formatos de participação que pouco tem a ver com as experiências dos movimentos sociais do final da década de 1970. Na década de 1990, para o governo, a participação popular somente é considerada legítima se for por meio de canais institucionais. Fora disso, qualquer manifestação popular é criminalizada. (SILVA, 2003, p. 44)

É neste sentido, conforme já apontamos, que órgãos como Ouvidorias e Serviços de Informação ao Cidadão (SIC) vêm sendo cada vez mais valorizados já que, além de individualizar a demanda – subvertendo inclusive a noção de saúde que fundamenta a

existência do SUS – eles se constituem como esses canais institucionais de reivindicação e/ou reclamação que podem ser utilizados pelo usuário, sem que tais demandas adquiram um caráter político.

Outro dispositivo também criado pela LOS, mas regulamentado apenas duas décadas depois⁷⁹ foram as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT). A CIB é uma instância colegiada de decisão do SUS estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, enquanto a CIT, a nível federal, é integrada paritariamente por gestores federais, estaduais e municipais⁸⁰. Considerando que tais Comissões são integradas apenas por gestores e, por serem criadas como espaços de ‘negociação e pactuação’ de políticas, podemos considera-las como um dispositivo criado para ‘burlar’ os espaços de participação popular, uma vez que as decisões são tomadas sem a presença de usuários do SUS, o que, segundo Silva (2004), esvazia o poder dos Conselhos de Saúde, na medida em que possui as mesmas atribuições.

⁷⁹ Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

⁸⁰ Informações constantes do portal eletrônico do Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os SUS e seus embaraços são temas muito explorados por políticos e pelos meios de comunicação de massa, afinal, inúmeras são as barreiras que os usuários encontram quando buscam atendimento, muitos inclusive, com o prejuízo da própria vida. Muitas são as explicações dessas figuras que, em geral, desenvolvem uma argumentação que tem como base os problemas de ‘corrupção’ – como desvio de recursos financeiros, por exemplo – e também problemas de gestão, aqueles relacionados a erros técnicos e formais na execução das políticas. Esse tipo de argumentação considera que basta acabar com a corrupção e eleger políticos competentes – que, por sua vez, nomearão gestores competentes – que saberão como utilizar de forma racional os recursos financeiros para as políticas sociais e os problemas estarão resolvidos.

No entanto, tais elucubrações são instrumentais e tem por efeito ocultar os aspectos estruturais dos problemas do SUS. Isso porque, embora tais falhas existam em todas as esferas de governo, não são elas que definem o processo decisório que estabelece as políticas, e é no âmbito da definição de políticas que as limitações ao direito se efetivam, seja por meio de instrumentos jurídicos e políticos, seja por meio de instrumentos financeiros e orçamentários, conforme buscamos demonstrar com os resultados do presente trabalho.

O processo de institucionalização do SUS ocorreu em uma conjuntura bem característica da história brasileira: ao mesmo tempo em que sua reivindicação e discussão sobre um novo conceito de saúde estavam favorecidas pelo processo de ‘redemocratização’ do Estado brasileiro, o ambiente internacional era de recrudescimento da ideologia neoliberal – o que influenciou também o ambiente nacional – que, dentre outras coisas, questionava a ação do Estado na oferta de serviços e favorecia a iniciativa privada na oferta desses mesmos serviços.

Ao que tudo indica, um projeto publicista para a saúde não se constituiu como um objetivo governamental. Os princípios do SUS conseguiram ser definidos como política de governo em função de uma conjuntura privilegiada, caracterizada pela redemocratização, mas sua implantação se deu em um quadro político dominado por forças políticas conservadoras e em contexto marcado pela perda de apoio e legitimidade de políticas sociais universalistas e pela valorização do mercado em

detrimento da ampliação da esfera de atuação do poder público.
(MENICUCCI, 2007, p. 322)

Neste sentido, a própria Constituição Federal, ao criar o SUS, também garantiu a atuação da iniciativa privada na área da saúde, o que não permitiu a efetivação plena de um sistema que deveria ser *único*, tendo se desenvolvido um sistema *dual*.

E assim afirma-se cada vez mais um modelo de ‘sistema de saúde’ dual, e com aprofundamento da divisão social do trabalho em que ao setor público corresponde a ampla massa de excluídos e deserdados sociais, enquanto ao setor privado compete aqueles socialmente melhor aquinhoados. (ELIAS, 1997, p.11)

A saúde, dessa forma, continuou a ser um setor da economia a ser explorado pelo capital, seguindo a mesma roupagem da tendência privatista do modelo de sistema de saúde anterior, a despeito da criação do SUS e seus princípios norteadores, que deveriam garantir a *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade* dos usuários no acesso aos serviços.

Além disso, o orçamento do SUS vem sendo deteriorado por uma série de dispositivos legais, mesmo após vinculação de receitas para as três esferas de governo, seguindo a tendência neoliberal de diminuição de gastos sociais. O ponto alto dessa deterioração ocorreu com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, que institui um Novo Regime Fiscal, congelando as despesas primárias, reduzindo-as em relação ao PIB por duas décadas. A perda estimada para o SUS é bilionária e transforma em letra morta a própria Constituição Federal que, apesar das brechas à iniciativa privada, cria um sistema que deveria ser universal, mas cuja capacidade financeira vem sendo continuamente atacado. Resta evidente que não é possível assegurar a universalidade dos serviços de saúde em um quadro de subfinanciamento, sobretudo porque os governos e os tribunais, em geral, optam pela saúde orçamentária em detrimento da abrangência e qualidade dos serviços públicos.

No nível local, algumas questões devem ser pontuadas.

É no plano municipal que os agentes acessam bens e serviços de consumo coletivo, no caso do presente trabalho, os serviços de saúde. É também nesse plano que é possível verificar as reivindicações relacionadas aos problemas imediatos dos cidadãos, já que a estruturação da maior parte dos serviços de saúde ocorre por meio da esfera municipal – e em menor medida, por meio da esfera estadual. No entanto, a

pesquisa empírica detecta alguns aspectos que devem ser considerados, como por exemplo, o risco de apresentar apenas uma descrição do objeto, sem a devida articulação com o arcabouço teórico pertinente. Uma das causas prováveis é que os processos concretos locais podem, de certa forma, ocultar a natureza das contradições políticas, ou seja, no caso da política de saúde, por exemplo, as questões de política governamental acabam sendo reduzidos a problemas administrativos, relacionados a uma gestão ou outra segundo a aptidão dos gestores, conforme já apontamos. Dessa forma, para fins de uma análise científica se faz necessário extrair dessas manifestações imediatas suas determinações estruturais, já que, enquanto esfera do Estado burguês, a cidade possui suas especificidades – e são tais especificidades que permitem que ela se constitua enquanto um objeto de pesquisa (PINHEIRO, 1998).

No caso do município de Marília, especificamente, o que se constatou foi que a iniciativa privada atua de forma predominante na área da saúde, principalmente por meio da compra de serviços de saúde por parte do governo municipal, tanto na atenção primária, quanto nos serviços de média e alta complexidade, acompanhando a tendência nacional. Não há um aparelhamento de serviços públicos de saúde, tampouco interesse ou projeto por parte do governo municipal para que isso ocorra no futuro. Além disso, a formação mercantilizada dos médicos, o que influencia diretamente no padrão de atendimento dos usuários do SUS; a individualização da demanda por meio do fortalecimento das ouvidorias e SICs; a demora no atendimento às demandas relacionadas às especialidades médicas, já que tais especialidades são atendidas majoritariamente pela iniciativa privada, alardeada como superior ao serviço público, a demanda não é suprida a contento, gerando uma enorme fila de espera e os entraves à participação popular são elementos que inserem o município de Marília no contexto nacional de deterioração dos serviços de saúde.

Por fim, é imprescindível ressaltar que, com o recrudescimento do neoliberalismo no Brasil e no mundo, todos os direitos sociais estão sob ataque. Em um cenário mais recente no Brasil, esse ataque está demonstrado pelos cortes na educação básica e superior, pelo projeto de Reforma da Previdência, dentre outras medidas já colocadas em prática pelo atual governo federal. Lançar luz sobre este debate, portanto, ao nosso ver, constitui-se como um dever teórico-político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, Louis. *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*. Lisboa: Presença, 1980.

ANDERSON, Perry. *Balanço do neoliberalismo*. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23)

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *SUS Passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. São Paulo: Hucitec, 2007

ARENDT, Hannah. *As origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

BOITO Jr., Armando. *Neoliberalismo e relações de classe no Brasil*. Revista Ideias, Campinas, p. 13-48, 2002.

BOITO Jr., Armando. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.

BOURDIEU, Pierre. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp, 2008.

BRUNHOFF, Suzanne de. *A hora do mercado, crítica do liberalismo*. São Paulo: Editora da UNESP, 1991.

BRUNHOFF, Suzanne de. *Estado e Capital: uma análise da Política Econômica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1985.

CRUZ, Sebastião Velasco. *Estado e economia em tempo de crise – política industrial e transição política no Brasil pós-64*, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, coleção Trajetória, n. 3, Campinas, 1997.

DARDOT, Pierre e LAVAL Christian. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DRAIBE, Sônia M., *As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas*. Revista USP, São Paulo, p. 86-101, 1993.

ELIAS, Paulo Eduardo. *Reforma e contra-reforma na proteção à saúde*, Lua Nova, nº 40/41, São Paulo, 1997.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Friedman à luz da realidade brasileira: Liberdade para escolher. Seminário realizado pela Turma Pedro II da ESG – 1973

FRIEDMAN, Milton. *Livre para Escolher*. Rio de Janeiro: Record, 2015.

GOMES, Luiz Marcos. *Sociedade dos socialistas vivos – ensaios contra o neoliberalismo*. São Paulo: Anita Garibaldi, 1995.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do Cárcere*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

HAYEK, Friedrich A. *O caminho da Servidão*. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1984.

HOCHMAN, Gilberto *et. al* (orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ILLICH, Ivan. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

KASHIURA JÚNIOR, Celso Naoto. *Crítica da Igualdade Jurídica – Contribuição ao pensamento jurídico marxista*. São Paulo: QuartierLatin, 2009.

KEYNES, John Maynard. O fim do "laissez-faire". In: SZMRECSÁNYI, Tamás (org.) Keynes (Economia). São Paulo: Ática, 1983

KING, Desmond S. *O Estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias industriais avançadas*. Traduzido do inglês de Theory and Society, vol. 16, nº 6, nov. 1987.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTUSCELLI, Danilo Enrico. *Crises políticas e capitalismo neoliberal no Brasil*. Curitiba: CRV, 2015.

MARX, Karl. *O Capital*. São Paulo: Boitempo, 2013, livro1.

MENDES, Áquila e MARQUES, Rosa Maria. *O financiamento do SUS sob os 'ventos' da financeirização*. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, p. 841-850, 2009.

Ministério da Saúde. *A construção do SUS – Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília, 2006.

MORAES, João Quartim de (org.). *História do marxismo no Brasil – Volume III*. Campinas – Editora da Unicamp, 1998.

NAVES, Márcio Bilharinho. *Marxismo e direito: um estudo sobre Pachukanis*. São Paulo: Boitempo, 2000.

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

Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica IPEA. Setembro 2016 - Número 28 – Disoc.

PAIM, Jairnilson Silva, et. al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Fascículos Saúde pública, Bahia, n.1, maio. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. 2007. 300 f. Dissertação (Doutorado em saúde pública). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

PAIM, Jairnilson Silva. *Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás*. Caderno de Saúde Pública [online]. 1986, vol.2, n.2.

PASHUKANIS, E. B. *Teoria Geral do Direito e Marxismo*. São Paulo: Editora Acadêmica, 1988.

PASHUKANIS, E. B. *Teoria Geral do Direito e Marxismo*. São Paulo: Editora Acadêmica, 1988.

PAUL, Singer. *A crise do milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

PEREIRA, Ana Carolina do Carmo. *A saúde pública enquanto direito social: a situação da cidade de Marília-SP de 2009 a 2015 em relação aos atendimentos do SUS*. 2016. 113 f. Monografia (Ciências Sociais). Universidade Estadual Paulista.

PINHEIRO, Jair. *As classes não flanam na cidade: elas lutam*. In: Henrique Amorim, Davisson Cangussu de Souza (orgs), *As classes sociais no início do século XXI*, 1ª ed, São Paulo: Annablume, 2017.

PINHEIRO, Jair. *Burocracia e Poder Local. O Caso da Gestão Petista em São Paulo*. São Paulo: Editora MARCO Marcovitch, 1998.

PINHEIRO, Jair. *Direito e Política: uma relação mal-resolvida*. Revista Lutas Sociais, São Paulo, p. 111-121, 2009.

POSSAS, Cristina. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. São Paulo: Hucitec, 1989.

POULANTZAS, Nico. *Poder político e classes sociais*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

SAES, Décio Azevedo Marques de. *Cidadania e capitalismo: uma crítica à concepção liberal de cidadania*. Caderno do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, São Paulo, n. 8, abr. 2000

SAES, Décio. *A formação do Estado burguês no Brasil*. 1982. 331f. Tese (Livre-docência) – IFCH, UNICAMP.

SAES, Décio. *A questão da autonomia relativa do Estado em Poulantzas*. Crítica Marxista: São Paulo, n.7, 1998, p.46-66.

SAES, Décio. *Estado e Democracia: Ensaios Teóricos*. Campinas: UNICAMP, 1998.

SAES, Décio. *O impacto da teoria althusseriana da História na vida intelectual brasileira*, In: MORAES, João Quartim de (org.). *História do marxismo no Brasil – Volume III*. Campinas – Editora da Unicamp, 1998.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. *A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos*. Rev. Saúde em Debate, nº 81, V.33, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Ilse Gomes. *Democracia e participação na 'reforma' do Estado*. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, Ilse Gomes. *Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Revista de Políticas Públicas, UFMA. v. 8, n. 2, 2004.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez e SANTOS, Isabela Soares. *Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1597-1609, 2006.
