



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

GIRLAN GUEDES DOS SANTOS

**A SAÚDE SOB A MIRA DOS APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA
DO CAPITAL IMPERIALISTA**

**CAMPINA GRANDE-PB
2020**

GIRLAN GUEDES DOS SANTOS

**A SAÚDE SOB A MIRA DOS APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA
DO CAPITAL IMPERIALISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, com requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientação Prof^ª Dr^ª Alessandra Ximenes da Silva.

**CAMPINA GRANDE-PB
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237s Santos, Girlan Guedes dos.
A saúde sob a mira dos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital imperialista [manuscrito] / Girlan Guedes dos Santos. - 2020.
136 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."
1. Imperialismo. 2. Neoliberalismo. 3. Aparelhos privados de hegemonia. 4. Organização Mundial da Saúde. 5. Política de saúde. 6. Banco Mundial da Saúde. 7. Privatização da saúde. I. Título

21. ed. CDD 362.1

GIRLAN GUEDES DOS SANTOS

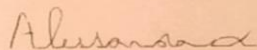
**A SAÚDE SOB A MIRA DOS APARELHOS MULTILATERAIS DE
HEGEMONIA DO CAPITAL IMPERIALISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, com requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Aprovada em 08 de Outubro de 2020.

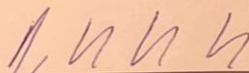
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)



Profª Drª Sheyla Suely de Souza Silva (Examinadora Interna)
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)



Prof. Dr. Rodrigo Castelo Branco Santos (Examinador Externo)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profª Drª Jordeana Davi (Examinadora Suplente)
Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB)

**CAMPINA GRANDE-PB
2020**

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

AGRADECIMENTOS

Em tempos difíceis no cenário mundial, construí o presente trabalho. Em meio a uma pandemia mortal e em um momento de isolamento social, a crise econômica e política intensifica-se e avassala todo o globo, mostrando-nos o lado mais sombrio e perverso do sistema capitalista. Vi-me cercado por uma insegurança pessoal e coletiva, meses atrás inexistentes. Muitas pessoas queridas indo embora em poucos dias, vítimas da falta de uma política segura de prevenção ao vírus e da incapacidade de permanecerem em isolamento por condições necessárias. Mais uma vez o capitalismo mostra que seu poder vale mais que a própria vida humana.

Mesmo assim, persiste o sonho de ser o primeiro Mestre na família. Filho de um caminhoneiro e de uma costureira simples do interior. Sou um dos seis irmãos e o único com graduação. O que não foi fácil, porque sempre resisti a duras batalhas do próprio sistema. Neste momento de pandemia, por vários dias e noites estive fazendo a seguinte pergunta: foram tantas lutas para trilhar esse caminho, o que vou fazer agora? Parecia que mais nada fazia sentido e a incerteza era a palavra que me atormentava. Vivi dias difíceis, mas, com a ajuda de diversas pessoas e de minha família, consegui encarar a realidade concreta desse novo modelo de sociabilidade. Assim, construí este trabalho que não é um fruto só meu, mas também de diversas pessoas que o produziram comigo.

Agradeço à minha orientadora Alessandra Ximenes, a qual não mediu esforços para me orientar. Mesmo em um momento difícil, com o trabalho remoto, sempre se dispôs a ajudar no processo de escrita desta dissertação. Expresso meu profundo agradecimento por toda a compreensão e a solidariedade para comigo. Pelas críticas teóricas no decorrer da pesquisa, as quais me fizeram crescer academicamente; a autonomia que me foi dada; a confiança e a força; e por ter criado esse laço de amizade, diálogo e parceria.

Agradeço à família, minha mãe Maria Elisabete e meu pai Severino; meus irmãos: Girlene, Neto, Giliane, Giliarde e Gerlanio que vivenciaram de perto o momento de construção da pesquisa comigo. Sem esse apoio, amor e carinho, não

teria sido possível finalizar este trabalho, pois ele é um sonho coletivo. Sinto o orgulho que cada um tem ao falar desta pesquisa.

Agradeço aos meus amigos que construí durante o primeiro ano do Mestrado: Juliana Nunes, Doniego Lima e Rayssa. Pelo companheirismo e conhecimentos compartilhados nos momentos de angústia e dificuldades, como também pelos momentos de alegria em Campina Grande-PB, quando estiveram ao meu lado. Sem vocês, eu não teria tido a mesma intensidade e aprendizado.

Agradeço às minhas amigas de graduação e grupos de pesquisa: Jaidete e Maria, as quais tenho muito carinho e afeto. Sou grato pelo companheirismo de sempre e por toda a ajuda durante a construção desta pesquisa.

Aos docentes da Banca, professora Sheyla e ao professor Rodrigo Castelo pela disponibilidade e ricas contribuições durante o processo investigativo. Estendo o agradecimento a todo o corpo docente do PPGSS, pelas disciplinas ministradas que foram a base para me auxiliar no desenvolvimento deste estudo.

Agradeço à Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), instituição em que há anos sou estudante e que me proporcionou, além da formação na graduação em Serviço Social, a qual mudou minha vida completamente, a possibilidade de fazer um intercâmbio internacional em Portugal e também o mestrado. E tudo isso só foi possível por conta da existência do ensino público.

RESUMO

A presente dissertação contribui com os estudos referentes às influências dos aparelhos privados de hegemonia do capital representativo dos países imperialistas, Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), especificamente, sobre as políticas de saúde dos países dependentes; bem como, oferece substratos teórico-conceituais para a formação, atuação e militância de profissionais da área de Serviço Social e afins e outros sujeitos – individuais e coletivos – numa perspectiva de defesa da política pública de saúde e dos sistemas nacionais de saúde. O objetivo foi analisar as tendências propostas pelos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS, na perspectiva de dominação e resistência no processo de contrarreforma do Estado e as suas expressões na política de saúde brasileira. Este estudo mostrou-se relevante por desvelar alguns processos ofensivos à política de saúde brasileira, mediada pela crise capitalista contemporânea, pelas novas configurações do imperialismo e por sua relação com os países dependentes. Para os países de economia dependente, como a brasileira, existem implicações nefastas nas condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, que incidem na superexploração e expropriação dos direitos sociais, enfatizado o direito à saúde universal, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa se embasou na Teoria Social Crítica, sendo executada por meio da revisão bibliográfica e da análise documental. O período do estudo foi de 2003 a 2018, durante os governos do Partido dos Trabalhadores e do aprofundamento do neoliberalismo demarcado enquanto terceira fase neoliberal, no governo Michel Temer. Os resultados apontaram que os aparelhos privados de hegemonia, BM e a OMS, direcionam suas proposições à política de saúde, à reforma gerencial e aos gastos em saúde. Esses aparelhos privados de hegemonia encaminham ofensivas à Política Nacional de Saúde brasileira, no sentido da mercantilização da saúde, enquanto nicho de acumulação do capital. Estimulam o desfinanciamento e a diminuição dos gastos com a saúde; bem como a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS), através das Organizações Sociais, das Parcerias Público-Privadas (PPP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que tem propiciado a desestruturação da rede pública de saúde, ao privilegiar a compra de serviços privados. Desse modo, o BM e a OMS apresentam proposições de desfinanciamento, privatização, focalização e seletividade da política de Saúde. No que se refere à resistência, denomina-se de aparelhos contra-hegemônicos a organização e a mobilização da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, a qual é contrária ao processo de contrarreforma do Estado e às suas expressões na política de saúde. A organização constitui-se em uma frente anticapitalista e age em defesa da saúde pública estatal.

Palavras-chave: Imperialismo. Neoliberalismo. Aparelhos Privados de Hegemonia. Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. Frente Nacional Contra Privatização da Saúde.

ABSTRACT

The present dissertation contributes to the studies related to the influences of the private hegemony apparatus of the representative capital of the imperialist countries , World Bank (WB) and the World Health Organization (WHO). The objective was to analyze the trends proposed by the devices deprived of BM / WHO hegemony, in the perspective of domination and resistance in the State's counter-reform process and its expressions in Brazilian health policy. This study proved to be relevant for unveiling some processes offensive to the Brazilian health policy, mediated by the contemporary capitalist crisis, by the new configurations of the imperialism and its relationship with dependent countries. For the countries with a dependent economy, such as the Brazilian one, there are harmful implications to working and living conditions of the working class, which affect the overexploitation and expropriation of social rights, with an emphasis on the right to universal health, as advocated by the Unified Health System (UHS). This research is based on the Critical Social Theory, being carried out through bibliographic review and document analysis. The study covers the period 2003 to 2018, and the governments of the Workers' Party and the return to neoliberal orthodoxy under Michel Temer. The results pointed to the facts that the private devices of hegemony, WB and WHO, direct their propositions towards health policy, management reform and health spending. These private devices of hegemony are offensive to the Brazilian National Health Policy, in the sense of commodification of health, as a niche for capital accumulation. They encourage the definancing and health spending reductions, as well as the privatization of the Unified Health System (SUS), through Social Organizations, Public-Private Partnerships (PPP) and the Brazilian Company of Hospital Services (BCHS), which has provided disruption of the public health network, by privileging the purchase of private services. In this way, the WB and the WHO present proposals for de-financing, privatization, targeting and selectivity of the health policy. With regard to resistance, it is denominated counter hegemonic apparatus the organization and mobilization of the National Front Against the Privatization of Health, which is contrary to the process of counter-reform of the State and its expressions in health policy. The organization is an anti-capitalist front and acts in defense of state public health.

Keywords: Imperialism. Neoliberalism. Private Devices of Hegemony. World Bank and World Health Organization. National Front Against the Privatization of Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

BM – Banco Mundial

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EUA - Estados Unidos

FASFIL'S - Fundações e Associações sem Fins Lucrativos

FEDPS - Fundações Estatais de Direito Privado

FEBRAPLAN - Federação Brasileira de Planos de Saúde

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FMI - Fundo Monetário Internacional

FP - Fundações Públicas

FNCPS - Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

GIFE - Grupo de Instituições Fundações e Empresas

HCPA/UFRGS - Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HU - Hospital Universitário

HU/Unifesp - Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICOS - Instituto Coalisão Saúde

MARE - Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado

NPS – Nova Promoção da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NUPEPSS - Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social

PAC - Programa de Aceleração de Crescimento

PAE - Plano de Ajuste Estrutural

PBF – Programa Bolsa Família

PDRE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

PIB – Produto Interno Bruto

PIBIC - Projeto de Iniciação Científica

PL - Partido Liberal

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PPP - Parcerias Público-Privada

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PT – Partido dos Trabalhadores

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

OEA - Organização dos Estados Americanos

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OMC – Organização Mundial do Comércio

ONGs - Organizações não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – TOTAL DE EMPRÉSTIMOS APROVADOS PELO SENADO PARA ESTADOS	90
GRÁFICO 2– TOTAL DE EMPRÉSTIMOS APROVADOS PELO SENADO PARA MUNICÍPIOS	91
GRÁFICO 3 – GASTOS DO PIB EM SAÚDE PÚBLICA	108
GRÁFICO 4 - GASTOS EM SAÚDE PÚBLICA.....	109

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 2.....	19
CRISE CAPITALISTA, IMPERIALISMO E APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA ENQUANTO INSTRUMENTOS DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL	19
2.1 CRISE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA E O ESTADO COMO APARELHO DE EXPROPRIAÇÃO E DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL	20
2.2 IMPERIALISMO E SUAS NOVAS CONFIGURAÇÕES.....	28
2.3 APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA: INSTRUMENTOS DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL.....	37
2.4 A CRIAÇÃO DO BM E DA OMS ENQUANTO APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA E UTILIZADOS COMO INSTRUMENTOS DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL.....	40
CAPÍTULO 3.....	47
A ECONOMIA DEPENDENTE, LUTAS DE CLASSES E APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA.....	47
3.1 A ECONOMIA DEPENDENTE E A SUPEREXPLORAÇÃO DO TRABALHO NO DESENVOLVIMENTO DESIGUAL PERIFÉRICO	47
3.2 LUTAS DE CLASSES E RESISTÊNCIA AO PROCESSO DE DOMINAÇÃO DOS APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA	54
3.3 O ESTADO DEPENDENTE NA PARTICULARIDADE BRASILEIRA E AS INFLEXÕES DO BM E DA OMS À POLÍTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1990.....	59
3.4 OS GOVERNOS DO PARTIDO DOS TRABALHADORES: O SOCIAL- LIBERALISMO ENQUANTO VARIANTE DO NEOLIBERALISMO.....	66
3.5 O GOVERNO DE MICHEL TEMER: O TERCEIRO MOMENTO NEOLIBERAL...	72
CAPÍTULO 4.....	77
AS INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE ENQUANTO APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA: AS EXPRESSÕES DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2003-2018	77
4.1 HISTÓRICO DOS DOCUMENTOS FORMULADOS PELO BM E OMS DE 2003 A 2018: A INFLEXÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE	78
4.2 O BM E A OMS: AS PROPOSIÇÕES PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	85
4.2.1 A política de saúde.....	86
4.2.2 A reforma gerencial.....	98
4.2.3 Os gastos em saúde	105
4.2.4 A relação público/privado.....	112

4.3 AS LUTAS PELA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: A PARTICIPAÇÃO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL, ENQUANTO APARELHO PRIVADO DE HEGEMONIA CONTRA-HEGEMÔNICO	119
APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS	126
REFERÊNCIAS	129

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação pretende contribuir com os estudos sobre as tendências propostas pelos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital de países imperialistas, como o Banco Mundial (BM)¹ e a Organização Mundial da Saúde (OMS)², no processo de contrarreforma do Estado e as suas expressões, na política de saúde brasileira.

Tal inquietação surgiu a partir de um Projeto de Iniciação Científica (PIBIC), cota 2015-2016, realizado na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) pelo Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS). O projeto foi intitulado de “CONTRARREFORMA, INTELECTUAIS E SERVIÇO SOCIAL: as inflexões na política de saúde em Campina Grande-PB”, e dele participamos na condição de colaboradores. A pretensão com esta pesquisa é dar continuidade a uma trajetória acadêmica, aprofundando o conhecimento sobre as inflexões na política de saúde do Brasil, pelos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS.

O desvelamento do protagonismo desses aparelhos, como poder político e econômico mundial desde sua gênese e como instrumento dos países imperialistas na dominação dos países de economias de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil, é fundamental. É importante entender como esse processo contribui com a contrarreforma da política de saúde brasileira. E isso pode se dá através de um resgate ontológico de como ocorreu à criação estratégica do BM/OMS pelos países ocidentais, com intuito de usá-los enquanto instrumento de manutenção a nível mundial do estágio monopolista do capital.

Diante do contexto da crise orgânica do capital de 1970, a qual permeia as direções desses aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS, como meio de manobra e tentativa de reestruturação, através do capital financeiro e portador de juros, parte-se da categoria da universalidade para analisar o processo de dominação desses aparelhos a nível mundial. Porém, fazendo um recorte através das categorias da particularidade e da singularidade, a fim de entender sua

¹ Criado em 1944, depois de diversas manobras dos Estados Unidos (EUA), centrado no acordo de Bretton Woods, teve sua sede situada na cidade de Washington, aproveitando a desvalorização da moeda inglesa. Foi crucial para afirmar a predominância do dólar como moeda internacional e âncora da projeção mundial do poder político e financeiro norte-americano (PEREIRA, 2010).

² A OMS foi criada oficialmente em 1946 pelos EUA, mas só é implementada em 1948, época em que produz os primeiros processos, regras e instituições para governança mundial em saúde (ALMEIDA, 2013).

influência na realidade brasileira. Mediados por um percurso histórico analítico dos documentos formulados por esses aparelhos, a pesquisa analisa os documentos que possuem orientações elaboradas para a política de saúde brasileira, enquanto integrante do tripé da seguridade social.

Para Gramsci (2000), a relação entre esses aparelhos multilaterais de hegemonia e o modo de produção não é imediata. Ela perpassa diversos graus do tecido social, apresenta um plano chamado de superestruturas, as quais são ideologicamente tidas como função de *hegemonia* e que o grupo dominante pode exercê-la em toda sociedade, através do domínio direto do Estado. Vale a pena ressaltar que esses aparelhos privados de hegemonia fazem parte do grupo dominante do capitalismo, cumprem o papel de uma supremacia social, política, intelectual e financeira, direcionada aos interesses do capital monopolista.

Os documentos advindos do BM/OMS colocam-se contra o sistema da política de saúde brasileira, desde antes da garantia do SUS, na Constituição de 1988. Essas contradições apresentam inflexões mais fortes, a partir do processo de contrarreforma do Estado que toma uma dimensão maior na década de 1990, continuam nos governos do PT, são acirradas no governo ilegítimo de Temer e na conjuntura contemporânea.

O BM/OMS tentam disseminar um modelo de saúde no Brasil privatista e totalmente mercadológico, ameaçando o SUS, visto que tratam a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Mediante esses desafios pretendemos responder a seguinte questão de pesquisa: Como as influências do BM/OMS, enquanto aparelhos multilaterais de hegemonia do capital de países imperialistas fazem ofensivas à Política Nacional de Saúde brasileira? Analisaremos também como as orientações foram (ou não) incorporadas e executadas pelos governos, para a política de saúde brasileira, trabalhando com a categoria da contradição. Entendemos que tais direções tendem a acelerar significativamente o processo de destruição do modelo de política estatal e universal de que dispomos.

Vale a pena ressaltar, que os aparelhos privados de hegemonia existem na sociedade civil, portanto é permeada de organizações que tanto podem defender interesses, que fortalecem a ideologia e as medidas do capital financeiro, quanto podem fortalecer uma contra-hegemonia. Para Gramsci (2000) as organizações que integram a contra-hegemonia ao capital, se apresentam em número bastante reduzido.

Mediante essas considerações, o objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar as tendências propostas pelos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS, na perspectiva de dominação e resistência, no processo de contrarreforma do Estado e as suas expressões na política de saúde brasileira

Como objetivos específicos, buscamos reconstruir teoricamente e historicamente o debate sobre as novas configurações do imperialismo, do Estado e do capital dependente; analisar as propostas dos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS para a saúde brasileira durante os governos Petistas e no governo Temer; identificar as proposições dos aparelhos que tendem para o acirramento da inflexão no processo de contrarreforma na Política de Saúde; e compreender como vem ocorrendo o processo de resistência às proposições do BM/OMS, por parte dos intelectuais organizados nos aparelhos privados não-hegemônicos.

O referente estudo leva em consideração as principais categorias usadas por Marx em seu método crítico dialético, as quais, conforme Netto (2011) são objetivas, reais, históricas e transitórias. As categorias são próprias da sociedade burguesa e só têm validade plena no seu marco. Portanto, é necessário conhecer a gênese histórica de uma categoria, visto que “o estudo das categorias deve conjugar a análise diacrônica (da gênese e desenvolvimento) com a análise sincrônica (sua estrutura e função na organização atual)” (NETTO, 2011, p. 685).

Esse método nos permite fazer uma análise da realidade em sua totalidade, partindo da ontologia usada por Marx, visto que essa nos auxilia no momento atual a entender o movimento real em sua concretude, rompendo com a pseudoconcreticidade. O entendimento do método crítico dialético marxiano perpassa toda sua construção teórica e sua visão de como analisar o movimento do real concreto, também de entender o mundo de forma mais ampla. É preciso ir à gênese histórico-social da concepção marxiana para compreender sua natureza, função social e consequentemente qual o seu alcance na história do conhecimento.

O método marxiano nos permite ter uma apreensão globalizante da sociedade, entender a partir da totalidade, mediação e contradição o que está posto no real concreto. Para avançarmos nesse percurso analítico, compreendemos que a realidade é dinâmica e indubitavelmente perpassada de contradições de cunho político, econômico e social. Destarte, partimos na atualidade da perspectiva da totalidade inscrita no método de Marx, como caminho imprescindível à superação da

aparência fenomênica e à apreensão crítica do real concreto em suas múltiplas determinações.

Assim, o percurso metodológico apresentado nos embasará na compreensão do real e nas contradições que nosso objeto apresenta. Faremos um retorno à emergência do objeto, a fim de reconstruir seu percurso histórico na especificidade da problemática em estudo, tratando de compreender dentro de um processo de pesquisa as influências dos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS na contrarreforma da política de saúde brasileira, alicerçada nas orientações propostas pelos documentos orientadores, no período de 2003 a 2018, ou seja, durante os governos do Partido dos Trabalhadores e do governo de Michel Temer.

Para fins do estudo foi realizada revisão bibliográfica das principais categorias do estudo: crise capitalista, imperialismo, aparelhos privados de hegemonia e contrarreforma do Estado. A análise realizada das proposições dos aparelhos privados de hegemonia BM/OMS para política de saúde brasileira no período de 2003 a 2018 foi a documental. Os documentos elencados que foram analisados são: **1)** *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”* (2007); **2)** *“Documento de Avaliação do Projeto sobre a Proposta de Empréstimo no Montante de U\$150 milhões para o Brasil, para o Projeto de Modernização de Hospitais de Universidade Federal”* (2011); **3)** *“20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde”* (2013); **4)** *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil* (2017); **5)** *30 anos de SUS, que SUS para 2030?* (2018); e **6)** *Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro* (2018).

Além desta introdução, esta pesquisa está organizada em três partes. O capítulo 2 trata da crise capitalista, imperialismo e aparelhos multilaterais de hegemonia, enquanto instrumentos de dominação do capital. Faz um retorno ontológico sobre o processo da crise capitalista contemporânea, entendida enquanto crise orgânica do capital, com base nos escritos do cárcere, de Antônio Gramsci, bem como nos aparelhos multilaterais de hegemonia, apresentados como ferramentas fundamentais do capital imperialista.

O capítulo 3 aborda sobre a economia dependente, lutas de classes e aparelhos privados de hegemonia. É apresentada a teoria construída por alguns

autores, em especial Rui Mauro Marini sobre a economia do capitalismo dependente, como também a importância dos países da periferia serem subordinados aos países ocidentais. Por fim, traz a discussão acerca das lutas de classes e resistência ao processo de dominação dos aparelhos multilaterais de hegemonia no cenário mundial.

O capítulo 4 analisa a questão central da pesquisa, tratando das tendências propostas pelos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS, na perspectiva de dominação e resistência, no processo de contrarreforma do Estado e as suas expressões na política de saúde brasileira. Dividido em 4 subitens, definidos após análise documental, desvela os elementos mais relevantes do estudo, sendo esses: a política de saúde, a reforma gerencial, os gastos em saúde e a relação público/privado.

Por fim, ainda no capítulo 4, analisamos o processo de resistência por parte dos aparelhos contra-hegemônicos, na saúde, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, a qual cumpre uma função de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e se contrapõe as orientações desastrosas do seu desmonte, postas pelos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital, BM/OMS.

CAPÍTULO 2

CRISE CAPITALISTA, IMPERIALISMO E APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA ENQUANTO INSTRUMENTOS DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL

As diferentes interpretações sobre as modalidades de expansão do capitalismo contemporâneo têm desafiado diversos pesquisadores ao tratar do processo de crise do capital e sua mundialização. Este capítulo faz um retorno ontológico sobre o processo da crise capitalista contemporânea, entendida enquanto crise orgânica do capital, com base nos escritos do cárcere de Antônio Gramsci. Traz-se um diálogo, que medeia esse processo de crise orgânica, com as outras teses sobre a crise de outros autores marxistas.

Inclui-se nesse debate a função do Estado, enquanto aparelho de expropriação e dominação do capital, alicerçados na perspectiva gramsciana de Estado ampliado e de suas novas nuances e formulações. A função do Estado no capitalismo é a de garantir o processo de reprodução ampliada do capital.

O segundo item aborda o percurso vivenciado pelo avanço do capital monopolista em sua fase imperialista, apoiado em Lenin. Trata de suas principais características, em um movimento dialético, sobre o início do imperialismo e suas novas configurações através do capital financeirizado e portador de juros. Esse debate ancora-se em Fontes (2010), Ianni (1974) e Harvey (2014).

A partir da análise gramsciana, discutimos os aparelhos multilaterais de hegemonia, enquanto instrumento de dominação do capital, e os aparelhos contra-hegemônicos, como uma expressão do processo de resistência. Esses são entendidos como ferramentas essenciais para a manutenção do processo de dominação do capital e sua mundialização. Os aparelhos privados de hegemonia tanto podem fortalecer o projeto do capital financeiro quanto podem questionar e defender outra lógica. Para fins deste estudo, denominamos de contra-hegemônicos os aparelhos privados de resistência.

Para Gramsci (2000), os aparelhos privados de hegemonia estão incluídos nas instituições da sociedade civil, tais como: partidos, sindicatos, escolas, universidades, mídia, igrejas, associações, entre outras organizações.

Assim, considerando essas discussões teóricas que nos aproximamos do nosso objeto de pesquisa, quando analisamos a criação das agências multilaterais e

sua atuação, enquanto aparelhos multilaterais de hegemonia do capital. Dessa forma, direcionamos o debate para a política da saúde, tratando-a neste capítulo de forma mais ampla no contexto internacional.

2.1 CRISE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA E O ESTADO COMO APARELHO DE EXPROPRIAÇÃO E DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL

Entendemos ser fundamental e dialético o retorno à discussão sobre o processo da crise capitalista. No momento atual, a problemática e a manifestação da crise do capital têm se complexificado. Marx (1987) contribuiu significativamente ao denominar de “tendência decrescente da taxa de lucro” no seu famoso livro *O Capital*, nos capítulos XIII e XV. Porém, a queda da taxa de lucro complexificou-se com a dominância do capital portador de juros (capital financeiro), afirmando-se, “por alguns economistas, que a crise atual é de natureza financeira” (MENDES, 2015, p. 63).

Tal abordagem, atravessa o cerne de nossa pesquisa como fio condutor inicial até o momento da análise final. Apoiamo-nos na perspectiva de Gramsci, o qual trabalha com o conceito de crise orgânica. Porém, também comungamos com a interpretação de Castelo (2012), que se difere de alguns intérpretes gramscianos. Este autor interpreta o conceito de crise orgânica, enfatizando a dimensão da perspectiva de totalidade, e inclui outras categorias: supremacia (hegemonia e ditadura); bloco histórico (estrutura e superestrutura); revolução passiva (reforma e restauração), entre outras.

A reflexão de Gramsci (2000b) sobre o conceito de crise orgânica está presente nas notas dos *Cadernos do Cárcere*, o qual parte da abordagem do período chamado Ressurgimento na Itália (1910-1930). Suas análises nos iluminarão no entendimento da realidade concreta e contemporânea sobre a crise capitalista, fazendo as devidas mediações do bloco histórico a ser aqui exposto. Gramsci, pensador político marxista, vivenciou o período da Primeira Guerra Mundial e o momento do capital monopolizado imperialista, o que nos ajuda a entender a realidade concreta a partir de sua experiência italiana da época.

Nesses moldes, entramos no debate acerca de que o fundamento dessa crise orgânica de 1930 reside em um contexto mais amplo da existência de tendências, as quais se articulam entre si, especialmente a partir do final dos anos

1960. Mendes e Carnut (2018) apontam que essas tendências seriam o declínio da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para a norte-americana, em todo o pós-guerra. E como temos acompanhado as resposta a essas tendências, o capitalismo entrou no caminho da financeirização, com o capital portador de juros, especialmente o fictício, que tomou a liderança na dinâmica do capitalismo nessa conjuntura³.

Na década de 1970, um conjunto de mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais são engendradas em escala mundial, como resposta ao período de crise orgânica que se instaurava. Esta pode ser definida nos termos gramscianos como “fracasso da política da classe dirigente, organização da classe subalterna com as reivindicações ao processo exploratório, economia decrescente, afetando todo o tecido cultural e social da sociedade” (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 163). Com o esgotamento do regime de acumulação fordista/keynesiano, como expressão fenomênica das crises orgânicas do capital, que nessas conjugam crise econômica estrutural e de hegemonia, as economias dos países centrais entram em uma metamorfose de fundamentos da ordem neoliberal. É nessa decadência fordista/keynesiana que se constitui o fenômeno da grave crise orgânica que atinge o sistema capitalista com maior intensidade a partir de 1970. Somam-se a esse declínio os baixos salários e as dificuldades da mais-valia, produzida por conta justamente da má remuneração da classe trabalhadora. O capital monopolista não consegue deter a tendência à queda da taxa de lucros, devido à capacidade de acumulação do capital estar em decrescimento.

A partir das reflexões de Gramsci (2000), entendemos que o conceito de crise orgânica se encontra em vários momentos nos *Cadernos do Cárcere*. Castelo (2012) assevera que esse conceito aparece nos escritos temáticos sobre os intelectuais, nos cadernos 5, 8 e 13. Tal conceito está relacionado a uma crise conjuntural, mas não se refere apenas a duração de uma recessão, mas “também no seu impacto ao abalo das superestruturas e estruturas de um determinado bloco histórico” (CASTELO, 2012, p. 75).

³ Em Marx (2017), a acumulação prolongada de capital, com introdução de progresso técnico, remete ao aumento relativo de parte do capital investido em meios de produção – como máquinas, equipamentos e matéria-prima (capital constante) – e à diminuição da parte do capital investido em força de trabalho (capital variável), elevando a composição orgânica do capital. Como os lucros são provenientes do valor adicionado a força de trabalho, mantendo assim a taxa de exploração constante, a taxa de lucro tende a sofrer queda. No momento em que essa queda ocorre, constata-se uma crise de superacumulação que é explicada não pela insuficiência da demanda efetiva, mas pela ausência de lucros através dessas tendências (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1108).

No caderno 5, Gramsci analisa um breve exemplo da crise italiana de sua época:

A crise atual, que se manifesta especialmente com a queda dos preços das matérias-primas e dos cereais, mostra-se que para vários países do mundo, o problema, exatamente, não é de riqueza natural, mas de organização social e transformação das matérias-primas para certos fins e não para outros. Que se trata de organização e orientação político-econômica também se deduz do fato de que todo país de moderna civilização teve emigração de certas fases do seu desenvolvimento econômico (GRAMSCI, 2002, p. 44).

A crise orgânica instaura-se devido a diversos determinantes, os quais vão além dos motivos econômicos. Destacamos a perda do controle da classe dominante em estabelecer o consenso, ou seja, o fato de não ser mais dirigente, mas unicamente dominante e deter apenas a força coercitiva. E isso causa um conflito na crença e manutenção da ideologia dominante, passando as massas a não acreditarem mais no que antes confiavam (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 162). Essa análise fica cristalina quando nos direcionamos para o próprio caderno 5:

Assim que o grupo social dominante esgota sua função, o bloco ideológico tende a fragmentar-se e, então, a 'coerção' pode substituir a 'espontaneidade', sob formas cada vez menos disfarçadas e indiretas até as medidas propriamente policiais e os golpes de Estado (GRAMSCI, 2002, p. 64).

A crise orgânica nesses termos decorre de uma quebra entre estrutura e superestrutura, justamente quando esta se desenvolve em movimento diferente daquela. Esse processo vem à tona da seguinte forma:

As condições necessárias para o romper de uma crise orgânica são duas: a) o fracasso da política da classe dirigente; b) a organização das classes subalternas, sem o que a crise não causará repercussões no seio da primeira. A crise explode ou porque a classe dirigente fracassou em algum grande empreendimento político para o qual pediu ou [porque] impôs pela força o consenso das grandes massas (como a guerra). [...] esse conjunto de problemáticas convence a definir como 'orgânica' a crise que atinge a Europa a partir dos últimos trinta anos do século XIX, uma crise que coloca a sociedade capitalista-burguesa na condição de ter que dar conta, 'neste interregno, dos fenômenos patológicos mais variados' (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 163-164).

Esses fenômenos patológicos que o debate gramsciano apresenta, em nossa compreensão, ultrapassam a simples perda de hegemonia, pois são como uma teia que atinge também o viés econômico, social e cultural. Castelo (2012) aborda que:

Na crise de hegemonia, as ideologias dominantes perdem força e os laços existentes entre governantes e governados se enfraquecem. Os aparelhos privados de hegemonia operados pelos intelectuais orgânicos e tradicionais das classes dominantes, não conseguem soldar o bloco histórico em torno da concepção de mundo burguesa, esgarçando as ligações entre a superestrutura e a estrutura, na qual as classes trabalhadoras não se sentem mais representadas pelos interesses da classe dominante (CASTELO, 2012, p. 81).

Fazendo a mediação com a crise orgânica contemporânea, observa-se que essas características se agudizam nos anos 1970. O mundo mergulha na reestruturação produtiva, no contexto de desenvolvimento do capitalismo maduro, com a adoção de medidas complexificadas para a maximização do lucro, à custa do aumento exponencial da exploração da força de trabalho. A conjuntura de mundialização do capital aponta para a defesa da necessidade de refuncionalização do Estado para atender interesses do capital, com a implementação posterior de políticas sociais restritivas.

A dimensão ideológica do Estado burguês é uma criação das relações sociais de produção e são através dessas que o mesmo se ergue. É necessário tecer a mediação da sua importância para a manutenção das premissas do capital durante a crise instaurada. Na concepção gramsciana, o Estado é um dos dois grandes planos superestruturais; sendo o outro, a sociedade civil, entendendo-a enquanto um conjunto de organismos que o autor denomina de privados, com a função de exercer a hegemonia.

Para Gramsci, o Estado é ampliado, porque consiste na mediação entre sociedade política + sociedade civil. Portanto, na sociedade política, temos a estrutura e a superestrutura; e na sociedade civil, os organismos, as instituições, as entidades e as associações com diferentes interesses. Apesar da concepção de Estado ampliado, Gramsci reconhece-o como um instrumento poderoso do capital, desde que “habitualmente é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo), para moldar a massa popular, segundo o tipo de produção e a economia de um dado momento” (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 262).

Compreendemos que,

na realidade, o Estado deve ser concebido como 'educador' na medida em que tende precisamente a criar a um novo tipo ou nível de civilização. Dado que se opera essencialmente sobre as forças econômicas, que se reorganiza e se desenvolve o aparelho de reprodução econômica, que se inova a estrutura, não se deve concluir que os fatos de superestrutura devam ser abandonados a si mesmos (GRAMSCI, 2000b, p. 28).

Vimos que o Estado não tem sido usado para equilibrar a sociedade política e a sociedade civil. Gramsci (2000) afirma no *Americanismo e Fordismo* que o Estado burguês não funciona apenas como instrumento de coerção de uma classe sobre outra, mas como peça chave de convencimento ideológico, ou seja, como caráter educador da própria sociedade burguesa e do capital. Ele atua convencendo o ser social que vive de forma permanente nas relações capitalistas de produção. Essa análise perpassa também a hierarquia de poder de um Estado sobre outro, ressaltada por Gramsci (2007) ao se referir aos elementos para analisar a hierarquia de poder entre os estados:

Elementos para calcular a hierarquia de poder entre os Estados: 1) extensão do território; 2) força econômica; 3) força militar. O modo através da qual se exprime a condição de grande potência é dado pela possibilidade de imprimir à atividade estatal uma direção autônoma, que influa e repercuta sobre os outros Estados: a grande potência é potência hegemônica, líder e guia de um sistema de alianças e de pactos de maior e menor extensão (GRAMSCI, 2000b, p. 55).

Para contribuir com a leitura de Gramsci sobre o Estado, Martins *et al.* (2019) destacam:

Entendemos, assim, que acreditar que a disputa do Estado burguês ou dos aparelhos privados de hegemonia burguês corresponda necessariamente a um avanço da hegemonia dos trabalhadores é um erro. Gramsci não desperta nenhuma ilusão sobre a mera participação do partido no interior do Estado burguês, pois sabe que a disputa da hegemonia não se dá nos espaços dentro desse Estado, mas nos espaços dependentes deste e com autonomia histórica (MARTINS *et al.*, 2019, p. 48).

Ao dialogarmos com essa análise de Gramsci, é importante colocarmos outras teses existentes sobre o Estado burguês. Uma delas é a contribuição de Mandel (1990) quando destaca que o Estado burguês é utilizado como arma dos interesses de classe dos capitalistas, escondida pela imagem mistificadora de um

Estado árbitro entre as classes, que representa o interesse nacional, como juiz neutro. No processo de crise, o autor afirma que o Estado se dirige em um “movimento claramente ‘forte’ na defesa das premissas do capital, impondo restrições cada vez maiores às liberdades democráticas” (MANDEL, 1990, p. 349).

Mendes e Carnut (2018) contribuíram ao apontar as 03 (três) tendências contemporâneas do Estado burguês:

1) **a desnacionalização do Estado**, que enfraquece seu poder de coordenação central no âmbito das fronteiras nacionais por meio e comando de organismos internacionais [...]. 2) **a desestatização da política**, que representa o redesenho das fronteiras entre o Estado e aparelhos e atividades não estatais, alterando a natureza da relação público-privada e reduzindo o papel soberano nos campos das políticas e das políticas públicas [...]. 3) **a internacionalização dos regimes de políticas e da formulação de políticas públicas**, que inclui a dominância de políticas externas sobre a política externa (MENDES; CARNUT, 2018, p. 111).

Ao fazermos a mediação das tendências do Estado apontadas por Mendes e Carnut (2018), na dinâmica do capitalismo contemporâneo com a crise orgânica, fica exposta a função fundamental desse Estado que é a defesa do processo de reprodução ampliada do capital. Através de suas medidas, os salários dos trabalhadores foram diminuídos e impostas condições de trabalho bem mais precárias, além da redução dos gastos públicos sociais. Essa ofensiva do Estado consiste em um mecanismo do capital para a retomada das taxas de lucro, sendo a crise instaurada parte da reação burguesa. No entanto, essas medidas se mostraram insuficientes para restaurar a lucratividade.

Como a crise orgânica é também conjugada de um declínio capitalista estrutural, é necessário mediar e trazer o debate, partindo de outras teses sobre a crise, como a de Harvey (1992). O autor parte da análise da exaustão do padrão capitalista monopolista, fundado no regime de acumulação rígida, o qual designa o modo de produção fordista/keynesiano, visto que para se reproduzir e preservar o capitalismo tardio teve que recorrer a outro regime chamado de acumulação “flexível”.

Mandel (1990) assevera que a crise econômica capitalista é sempre uma crise de superprodução de mercadorias. Segundo o autor, a venda insuficiente de mercadorias e a redução da produção geram o movimento da crise, a exemplo da redução do emprego, das rendas, dos investimentos, da produção e das demandas.

Trata-se tanto dos bens de produção quanto de consumo. Esse processo ocorre com o aumento da taxa de exploração dos trabalhadores a nível mundial, com empregos flexíveis e a redução de direitos trabalhistas, afetando a totalidade econômica, social, política e cultural da sociabilidade. Para Mandel, o detonador das crises de superprodução distingue suas formas de parição:

Este pode ser um escândalo financeiro, um brusco pânico bancário, a bancarrota de uma grande empresa, como pode ser simplesmente a da mudança da conjuntura (venda insuficiente generalizada) em um setor chave do mercado mundial, tal como foi o caso por ocasião das grandes recessões de 1970 e de 1980 (automóvel) (MANDEL, 1999, p. 212).

Mandel (1990) tem a concepção de que se existe uma superacumulação, não é fundamentalmente em função de que o Estado tenha ajudado muito os monopólios. O fato é que o conjunto da mais-valia produzida não permite uma valorização suficiente, visto que não garante mais a taxa de lucro esperada pelos capitalistas. Desse modo, a crise do *Welfare State* e de seus mecanismos de funcionamento colocam o Estado capitalista, permeado por uma crise fiscal, na retração de gastos públicos e em transferência para o capital privado.

Essas análises só confirmam que, no decorrer dos últimos 30 anos, as economias capitalistas, durante todo o período do pós-guerra, enfrentam uma tendência na queda da taxa de lucro, com destaque para a economia norte-americana. É nesse momento que emerge o neoliberalismo e com ele o regime de acumulação financeirizado. Um período marcado por reformas embasadas na liberalização, na desregulamentação e na privatização, alicerces da mundialização do capital contemporâneo (CHESNAIS, 2005). Para Harvey (2008);

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que. bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio (HARVEY, 2008, p. 06).

O mundo capitalista intensificou-se na neoliberalização como a resposta por meio de uma série de idas e vindas e de experimentos caóticos que na verdade só convergiram como uma nova ortodoxia com a articulação, nos anos 1990, o que ficou conhecido como o "Consenso de Washington".

O consenso estabelecia uma reforma do Estado voltada à criação de instituições públicas com mais eficiência no cumprimento da política neoliberal e também estabeleceu sete ações prioritárias: [...] a) Racionalização da burocracia estatal, entendida como modernização técnica, redução de pessoal, aumento de salários e novas formas de controle da força de trabalho; b) ajuste fiscal e redirecionamento do gasto público; c) aperfeiçoamento da estrutura administrativa e legal necessária à privatização das empresas do setor produtivo estatal; d) transferência da prestação de funções e serviços públicos diversos para organizações não-governamentais (ONGs), vistas como veículos mais eficazes na promoção da participação popular e do alívio da pobreza; e) reforma do judiciário, com o propósito de abater custos judiciais; facilitar o acesso à justiça; acelerar o atendimento das demais e otimizar as relações de mercado (falências, transferências de propriedade e etc.); f) supervisão da banca privada e legislação favorável à circulação de capital financeiro; e g) garantia do direito à propriedade (PEREIRA, 2010, p. 284).

De acordo com Harvey (2008) o desenvolvimento geográfico desigual do neoliberalismo, sua aplicação freqüentemente parcial e assimétrica de Estado para Estado e de formação social para formação social atestam o caráter não elaborado das soluções neoliberais e as complexas maneiras pelas quais forças políticas, tradições históricas e arranjos institucionais existentes moldaram em conjunto por que e como o processo de neoliberalização de fato ocorreu.

O capital busca nesse caminho a valorização financeira, na qual ele é portador de juros em sua forma mais perversa, uma vez que tem exercido hegemonia na dinâmica capitalista, principalmente pós anos 1980, na luta ilimitada em deter a queda da tendência da taxa de lucro.

Mendes e Carnut (2018) defendem que nos últimos 40 anos a acumulação capitalista se ressalta no agigantamento da esfera financeira por meio do capital portador de juros, que tem levado a um vertiginoso crescimento do capital fictício, colocado contra a tendência da queda da taxa de lucro. Os autores destacam que, em 1980, o estoque de ativos financeiros globais, como percentagem do PIB, representava 120%; em 1990, 263%; e em 2014, 378%. Eles alertam que o resultado de tudo isso é a lógica da valorização fictícia, a qual tem recebido total apoio dos Estados, via emissão de dívida pública, que vem se ampliando e expandindo-se rapidamente.

Neste estudo, trabalhamos a crise orgânica e o Estado, enfatizando a categoria da totalidade, que perpassa os aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais. Portanto, conclui-se que a crise orgânica em Gramsci:

É uma conjunção de fatores estruturais e superestruturais, com destaque para as ações da grande política, no qual projetos societários forjados pelas classes fundamentais concorrem pela direção intelectual e moral, lutando pela conservação do bloco histórico ou então pela construção de um novo modo de sociabilidade (CASTELO, 2012, p. 83).

Embasados por esse conceito, podemos inferir que no atual contexto o Estado atende aos interesses da lógica do capital, somada à reestruturação produtiva, à financeirização e à ideologia neoliberal. Desse modo, o capital afeta não apenas o meio econômico, mas também o político, o social, o moral e o cultural para o fortalecimento da sua lógica.

O Estado tem sido o fio condutor das principais medidas de contrarreforma na economia e nas políticas sociais, ao se apropriar dos recursos do fundo público e migrá-los para o setor privado. Quanto à essa abordagem, veremos mais adiante, quando tratarmos do Estado capitalista dependente e de sua subordinação aos Estados de economia imperialista.

2.2 IMPERIALISMO E SUAS NOVAS CONFIGURAÇÕES

O retorno à fase inicial do imperialismo será considerado, neste estudo, como estratégia metodológica. Partiremos da categoria da universalidade para analisar o processo de dominação imperialista em escala mundial, porém, fazendo um recorte através das categorias da particularidade e da singularidade para entender sua influência na realidade brasileira.

Embasados em Lenin, com sua publicação *Imperialismo, estágio superior do capitalismo* (1917), em meio à primeira Guerra Mundial (1914-1918), debruçar-nos-emos sobre o desvelamento de como o processo de dominação do capital cria novos projetos para garantir sua hegemonia. Buscaremos apoio em Harvey (2014), que analisa o novo imperialismo enquanto espoliação no processo de acumulação capitalista.

Para fins de aprofundamento investigativo, faz-se necessário a compreensão da categoria de hegemonia, partindo da concepção de Antônio Gramsci em seus escritos do cárcere, cujo autor descreve que a *hegemonia* pode ser alcançada em embates que comportam não apenas questões vinculadas à estrutura econômica e à organização política; mas que podem envolver o plano ético-cultural, a expressão de

saberes, práticas, modos de representação e modelos de autoridade que querem legitimar-se e universalizar-se.

O autor estabelece uma distinção entre “Ocidente” e “Oriente⁴”. Em sua análise, observou que em sociedades de capitalismo avançado (ocidentais), perante diversos segmentos sociais e suas organizações institucionais, políticas e culturais, a supremacia burguesa, além de ser uma classe dominante, tinha como objetivo também se tornar dirigente. Segundo Gramsci (2000), no Oriente, o Estado era tudo e a sociedade civil era gelatinosa; no Ocidente, o Estado é só uma trincheira avançada. O que nos leva ao entendimento de que a força e a violência não eram descartadas, porém, era preciso uma formação avançada de uma vontade coletiva nacional popular.

Lenin (2012), ao estudar o imperialismo, aborda como se desencadeou o projeto de dominação capitalista e a importância da função do Estado como um de seus instrumentos mais importantes, ao passar da fase concorrencial à monopólica:

[...] o papel que o Estado desempenha na consolidação dos monopólios e do imperialismo com a oligarquia financeira – a chamada burguesia que se torna cada vez mais poderosa – controla também a política, que, então, assume a forma expansionista nas nações imperialistas (LENIN, 2012, p. 14).

A centralidade da tomada do poder do Estado torna-se fundamental ao processo de acumulação capitalista, apesar da distinta autonomia de ambos, sempre estiveram juntos e imbricados no comando da supremacia hegemônica de diferentes frações da classe dominante (CASTELO, 2017). O Estado cria os aparelhos coercitivos de expropriação e de exploração, tendo como objetivo único na fase imperialista a intensificação da extração de mais-valia dos trabalhadores, garantindo, assim, a ampliação dos lucros para quem explora.

A ampliação do Estado burguês, via sociedade política desde o capitalismo concorrencial, intensifica-se na divisão sociotécnica do trabalho. Como vimos no tópico anterior, o Estado vai acompanhar essa intensificação no plano nacional e internacional. Desse modo, apoiamo-nos no conceito de Estado ampliado (GRAMSCI, 2000), que trata o diálogo do movimento entre estrutura e

⁴ Cf: GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. III, 2000, p. 262.

superestrutura, colocando em xeque a ideia de Estado mínimo, o qual cumpre nessa nova fase uma função forte na organização da ideologia dominante.

A transformação da concorrência em monopólio é vista por alguns autores como um dos fenômenos mais importantes da economia e do capitalismo moderno. Lenin (2012), ao realizar suas pesquisas com suporte em Marx e na lei geral de acumulação capitalista, aponta que:

Os fatos demonstram que as diferenças entre os diversos países capitalistas, por exemplo, no que se refere ao protecionismo ou livre comércio, trazem consigo apenas diferenças não são essenciais quanto à forma dos monopólios ou ao momento do seu aparecimento, enquanto que o surgimento do monopólio, devido à concentração da produção, é uma lei geral e fundamental do atual estágio de desenvolvimento do capitalismo (LENIN, 2012, p. 42).

Teremos, nesse contexto, o papel das novas associações que surgem como intelectuais coletivos orgânicos dispostos nos aparelhos privados de hegemonia, a serviço do processo de acumulação capitalista, utilizados, assim, como instrumentos do capital imperialista. Gramsci (2000a) conceitua que os intelectuais organizam a cultura de forma a contribuir com o processo de formação da *hegemonia* em sociedades capitalistas. E isso não só na instância econômica e política, mas também na esfera da cultura.

Esses mecanismos foram criados a partir das classes sociais fundamentais, para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade capitalista nas dimensões econômica, social e política. Sendo esses intelectuais, dentro da esfera dominante, um instrumento fundamental para a disseminação de ideologias de manutenção hegemônica. Segundo Gramsci (2000a, p. 15), “em vez de se constituírem em um grupo autônomo e independente, são uma criação das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política”.

Desse modo, observa-se que

Todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (GRAMSCI, 2000, p. 15).

Esses intelectuais, organizados nos aparelhos privados de hegemonia, desenvolvem-se e concentram-se em um número reduzido de organizações, em monopólios onipotentes, que dispõem de todo o capital do conjunto dos capitalistas. Lenin (2012) constituiu a confirmação dos aparelhos hegemônicos como um elemento do processo fundamental da transformação do capitalismo em imperialismo capitalista.

Quando o processo de acumulação se intensifica, os bancos irão realizar uma intermediação puramente técnica, unicamente auxiliar para garantir a hegemonia de sua fração de classe. Essas operações podem crescer de forma gigantesca, de modo que diferentes capitalistas poderão ter controle e influência sobre outros capitalistas. É a junção dos bancos com as indústrias que resultam no monopólio e no aparecimento do capital financeiro. O monopólio consegue controlar bilhões de maneira inevitável e em todos os aspectos da vida social, independente de qualquer regime político ou de qualquer outra particularidade (LENIN, 2012).

O imperialismo, também chamado de domínio do capital financeiro, é o capitalismo em sua fase superior; o que implica constatar que estão em situação privilegiada os Estados financeiramente poderosos em relação a todos os outros restantes. Nesse sentido, Lenin (2012) explica que:

O capital financeiro é uma força tão considerável, pode se dizer tão decisiva, em todas as relações econômicas e internacionais que é capaz de subordinar, e de fato subordina, até mesmo os Estados que se gozam da independência política mais completa (LENIN, 2012, p. 115).

O intuito do capital financeiro é de apoderar-se das maiores extensões de territórios possíveis, pensando nas fontes de matérias-primas a serem exploradas e apropriadas para obtenção de lucro e nas partes do mundo que ainda não foram dominadas. O Estado dominante tende a utilizar suas províncias, colônias e países dependentes, a fim de enriquecer a sua classe e subordinar as classes inferiores. O imperialismo caracteriza-se por cinco direções:

1) a concentração da produção e do capital alcançou um grau tão elevado de desenvolvimento e criou os monopólios, os quais desempenham um papel decisivo na vida econômica; 2) a fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação baseada nesse capital financeiro, da oligarquia financeira; 3) a exportação de capitais, diferentemente da exportação de mercadorias, adquire uma

importância particularmente grande; 4) a formação de associações internacionais monopolistas de capitalistas, que partilham o mundo entre si; 5) conclusão da partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes (LENIN, 2012, p. 124).

Harvey (2014) vai afirmar que na atual fase do imperialismo são as populações de territórios mais vulneráveis que têm de pagar

o preço inevitável em termos de perda de ativos, perda de empregos e perda de segurança econômica [...] destaca que: uma diabólica aliança entre os poderes do Estado e os pactos predatórios do capital financeiro forma as garras de um 'capitalismo de rapina' que tem tanto de práticas cambiais e desvalorizações forçadas quanto tem de alcançar o desenvolvimento global harmonioso (HARVEY, 2014, p. 114).

A partir das considerações de Lenin (2012) e Harvey (2014), analisamos que, no contexto após a Segunda Guerra Mundial, passam a surgir novas associações, as quais terão papel importante enquanto instrumentos de controle da crise orgânica que já assolava países imperialistas. Os fatos mais recentes que permeiam a história do capitalismo, a nível mundial, tendem a nos revelar que não é mais possível realizar a análise de como se opera o imperialismo, deslocada da explicação do aparelhamento estatal dos países subordinados às decisões, acordos e órgãos multilaterais.

Ianni (1974, p. 85) afirma que a “criação de organizações e agências multilaterais, intergovernamentais ou multinacionais, nas décadas posteriores à Segunda Guerra Mundial”, parece corresponder aos novos desenvolvimentos nas condições políticas de funcionamento e expansão do imperialismo.

Os governantes dos países dominantes (em especial dos Estados Unidos, Japão e Alemanha) e dos países dependentes (chamados de países do Terceiro Mundo) são obrigados a estabelecer entre si novas alianças, acordos, tratados e organizações bilaterais e multilaterais. Fontes (2010) assevera que os países imperialistas interferem direta ou indiretamente na consolidação de formas puramente capitalistas de produção nos demais países dependentes, bloqueando-as em “certos setores ou acelerando-as em outros, segundo suas próprias necessidades e interesses, que nada têm a ver com necessidades ou interesses das populações locais” (FONTES, 2010, p. 91).

Esse processo, segundo a autora, obriga os países dependentes a aderirem às diversas formas tradicionais dos países imperialistas. E sob o controle do capital,

esses territórios dependentes são submetidos aos mais brutais constrangimentos postos pelo mercado, o qual tenta reduzir essas sociedades a um tipo de propriedade uniforme e única. Mesmo os países dependentes dispendo de um capital e de uma produção desigual, os imperialistas expropriam não apenas a terra, mas todo um conjunto de práticas e conhecimento, assim como a própria existência social desses.

A partir da década de 1980, podemos destacar o desdobramento de um novo eixo econômico hegemônico – a tríade Estados Unidos, Japão e Europa. Harvey (2014), ao tratar desse novo momento, aponta um efeito cascata em proliferação de novas ordenações espaço-temporais, primordialmente nas regiões Leste e Sudeste da Ásia, com alguns elementos na América Latina (Brasil, México e Chile). De acordo com o autor, essas ordenações espaço-temporais em cascata são, na verdade, relações materiais e sociais entre regionalidades, constituídas de forma articulada por meio de processos moleculares da acumulação do próprio capital no espaço e no tempo que os perpassam.

Cabe frisar que os Estados Unidos sempre usaram sua força econômica e política para manobrar e estabelecer a posição hegemônica nos assuntos econômicos mundiais contra a Europa, o Japão e posteriormente contra o Leste e o Sudeste da Ásia, de modo mais amplo. A poderosa força das agências⁵ multilaterais que controlam todo o regime financeiro possui o poder de controlar e de fazer ou desfazer economias mais fracas por meio da manipulação do crédito e do regime financeirizado, promovendo o processo mundial com as transformações domesticadas apoiadas pelo neoliberalismo.

Harvey (2014) afirma que existem duas importantes observações a se fazer sobre o sistema imperialista capitalista: uma delas é o livre comércio de mercadorias que torna o mundo “propício à competição livre e aberta; e o fato de os Estados Unidos estarem usando repetidamente a arma da recusa do mercado, a fim de obrigar outras nações a atender seus desejos” (HARVEY, 2014, p. 109). Comungamos com a ideia do autor, quando o mesmo alerta que:

Os Estados Unidos planejam agora incluir uma cláusula de acesso ao mercado aberto, segundo o modelo norte-americano, nas Contas Desafio do Milênio, por meio das quais oferece ajuda a países

⁵ Essas agências serão abordadas, enquanto aparelhos privados de hegemonia, nos próximos capítulos.

pobres, em troca da qual os países têm de adotar estruturas institucionais compatíveis com as dos Estados Unidos e, por meio disso, abrir-se a qualquer coisa que as forças superiores do capital monopolizado desejarem ou precisarem fazer (HARVEY, 2014, p 110).

Todavia, com o neoliberalismo, ocorreu tanto uma desregulamentação dos direitos quanto das proteções comerciais e alfandegárias que fazem parte do momento da liberalização do mercado, da financeirização da economia e da privatização estatal, a qual passa a transferir parte do fundo público das políticas sociais para o grande capital imperialista. Fontes (2010, p. 92) destaca que tem sido gerada uma semiproletarização que tende a “avançar fronteiras para mercantilização de novas atividades sociais, no mesmo passo em que se aprofunda a redistribuição plena dessas populações ao mercado”.

Vimos que é na esfera do aparelho do Estado imperialista que as estruturas de dominação política e a apropriação econômica conjugam-se de modo bem mais amplo, porém, nesses termos, existem algumas contradições que permeiam essas relações;

[...] todo Estado, ainda que profundamente subordinado a uma potência imperialista, precisa apresentar-se interna e externamente como um Estado hegemônico, ou politicamente independente. Essa é uma condição mínima da barganha externa (IANNI, 1974, p. 96).

Contudo, o poder imperialista impõe sua força, mesmo dentro de um regime interno nacional. E isso tende ao fortalecimento da desnacionalização dos países dependentes; até os territórios não capitalistas são forçados não só a se abrir perante o comércio, mas também a “permitir que o capital invista dentro desses países em empreendimentos lucrativos usando a força de trabalho e matérias-primas mais baratas, terras de baixo custo” que aceleram a superexploração do trabalho das nações subordinadas (HARVEY, 2014, p.117).

O capital imperialista exerce uma hegemonia muito forte, podendo se apropriar também de:

[...] reservas latentes de um campesinato ou, por extensão, mobilizar a mão de obra barata de colônias e outros ambientes externos. Se isso não der certo, o capitalismo pode usar seus poderes de mudança tecnológica e investimento para induzir ao desemprego, criando assim, diretamente, um exército industrial de reserva de trabalhadores desempregados. Esse desemprego tende a exercer uma pressão de baixas taxas de salários e abrir assim novas

oportunidades de empregos lucrativo do capital (HARVEY, 2014 p. 118).

Nas últimas décadas, muitos recursos antes partilhados, a exemplo da água, têm sido privatizados por influência das agências multilaterais comandadas pelos países imperialistas, inseridos na lógica capitalista de acumulação. Essas agências multilaterais serão ponto central de nossa pesquisa, por isso a importância de as detalharmos como instrumentos fundamentais desse novo imperialismo.

O capitalismo imperialista se caracteriza no cenário contemporâneo, por um momento de instabilidade econômica, pela “escalada do irracionalismo, pelo agravamento do desemprego estrutural, pela ampliação das desigualdades sociais, pela degradação acelerada do meio ambiente e tendências de trocas de regimes” (SAMPAIO JR., 2010, p. 35).

Para Harvey (2014), o novo imperialismo não passa de uma “revisitação do antigo”, se bem que em outro momento histórico e com novas características de um novo tempo e lugar. Cabe entender que tudo faz parte do processo de uma política internacionalista de poder hegemônico centralizado nos países imperialistas, os quais controlam os aparelhos privados de hegemonia que atuam a serviço do capital de um neoliberalismo privatista, alargando o aumento da acumulação por “espoliação” ou, como o autor defende, por um capital financeirizado.

No entanto, construímos nossas análises seguindo a discussão não como a “espoliação” defendida por Harvey (2014), mas como uma acumulação enquanto expropriação. Desse modo, é importante retornar a Marx (1982) em seu capítulo 24, da obra *O Capital*, que trata da temática das expropriações sob o famoso título de “acumulação primitiva”. É nesse capítulo que Marx (1982) desenvolve a concepção violenta de roubo, já existente em sociedades pré-capitalistas, sobre as populações. Podemos citar a expropriação do povo do campo, a reforma e roubo dos bens da igreja, na época, a legislação dura contra os mais pobres através do trabalho forçado e, como destaca Fontes (2018), os roubos dos domínios do Estado, com estabelecimento de sistemas tributários voltados ao favorecimento do grande capital.

Fontes (2018) assevera que por muito tempo Marx insistiu que os processos de expropriação não estão apenas na pré-história do capitalismo, mas também integram sua expansão, acompanhando a extensão das próprias relações sociais capitalistas e aprofundando-as. Concordamos com a autora quando ela parafraseia Marx remetendo-se à expropriação:

O movimento apresentado por Marx não se limita a seu momento inaugural: a expropriação precisa ser conservada – mantidos os trabalhadores enquanto trabalhadores – e reproduzida. Para muitos a expropriação seria externa ao capital, posto atingir trabalhadores até então independentes do mercado capitalista ou apenas formalmente subordinados ao capital [...] são regularmente expropriados, seus trabalhadores desprovidos dos seus meios de vida, transformados em capital. A relação social capital envolve, portanto, a transformação da população em força de trabalho a ser realizada do mercado e a transformação dos meios de vida em capital. Tornam-se, portanto, propriedade capitalista (FONTES, 2018, p. 24 e 37).

Para Boschetti (2018), o sentido da expropriação, em Marx, era retirar dos trabalhadores o único meio de subsistência de que dispunham (FONTES, 2018), com o intuito de obrigá-los a vender sua força de trabalho e participar livremente do processo de acumulação do capital. Boschetti (2018) salienta que na contemporaneidade esse processo de expropriação age por intersecção entre trabalho e direitos sociais, na forma de inserir novos e modernos processos de disponibilização da força de trabalho, a fim de contribuir com o processo de acumulação do capital em sua forma mais contemporânea.

Isso confirma no atual contexto contemporâneo a intermediação entre as expropriações e a dívida pública, porque, como a dívida pública tende a se assentar no fundo público e os governos contraem empréstimos para suas despesas ordinárias e extraordinárias, o pagamento dos juros, das amortizações e do próprio capital da dívida gera aumento crescente dos impostos (BOSCHETTI, 2018, p. 155).

Portanto, como destaca Fontes (2018), vemos que a expropriação primária original, apontada nas massas camponesas ou agrárias, não se limita só ao momento pré-capitalista (acumulação primitiva), mas permanece e se aprofunda no capitalismo contemporâneo. Como exemplo, a própria autora ressalta as expropriações secundárias contemporâneas relacionadas à subtração de direitos sociais. Comungamos do mesmo direcionamento esboçado pelas autoras citadas, visto que suas discussões nos fazem refletir sobre a expropriação, enquanto um processo de subtração por meio da reprodução, pelo próprio capital, de parte do fundo público, antes destinado aos direitos sociais, que foram frutos de conquistas da classe trabalhadora.

Os processos privatizantes, diretos e indiretos, da previdência e saúde pública, somados à supressão dos direitos do trabalho, se submetem ao imperativo da acumulação, e ao expropriar direitos

conquistados, suprimem a classe trabalhadora a possibilidade de acessar a riqueza socialmente produzida apropriada pelo Estado sob forma de fundo público, constituído por impostos e tributos para financiar serviços públicos (BOSCHETTI, 2018, p161).

Fica evidente que a expropriação é presente na contemporaneidade em diversos fenômenos de expropriação secundária⁶. Esses eventos se aprofundam e se disseminam por toda a teia do processo da acumulação capitalista contemporânea.

2.3 APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA: INSTRUMENTOS DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL

O aparelho hegemônico é tido como algo fundamental para o exercício da hegemonia. Gramsci (2000) não deixa exposto o que seria em si esses aparelhos e como eles funcionam, mas deixa uma gama de pistas que nos levam a algumas respostas. O aparelho hegemônico tem seu surgimento em um momento marcado pela batalha de ideias tendo sua organização em uma estrutura puramente ideológica que possa indicar tudo o que é opinião pública.

Numa determinada sociedade, ninguém é desorganizado e sem partido, desde que se entendam organização e partido num sentido amplo, e não formal. Nesta multiplicidade de sociedades particulares, de caráter duplo natural e contratual e voluntário, uma ou mais prevalecem relativamente ou absolutamente, construindo o aparelho hegemônico de um grupo social sobre o resto da população (ou sociedade civil), base do Estado compreendido estritamente como aparelho governamental-coercitivo (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 44).

Nesses termos, o “aparelho hegemônico” é tido como uma sociedade particular de característica privada, incorporada ao aparelho governamental-coercitivo do Estado que estabelece força e consenso já existentes no Estado em sua forma ampliada. Sendo este entendido enquanto sociedade política e civil, como hegemonia revestida de coerção. Desaparecem, portanto, a ideia de qualquer distinção essencial entre o aparelho do Estado e os aparelhos privados; e em segundo lugar, entre os públicos e privados de hegemonia e de coerção.

⁶ Ver FONTES, Virgínia. A transformação dos meios de existência em capital: expropriações, mercado e propriedade. In: BOSCHETTI, I. (Orgs). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018, p. 17-61.

Dessa forma, trabalham de maneira igual e na mesma direção. E isso é nosso ponto essencial nesse debate, a direção à garantia das condições gerais de reprodução e manutenção do modo de produção capitalista. Como expõe Oliveira (1988, p. 87), “em outras palavras, todos os aparelhos, públicos e privados, de hegemonia e de coerção são, em última análise, Estado no sentido, portanto, ampliado do termo”.

O Estado capitalista já adquiriu sua forma ampliada. Sendo um aparelho privado de hegemonia, tornou-se hegemônico e dirigente, mais que um órgão meramente dominante e coercitivo. Nosso estudo trata como esses aparelhos privados de hegemonia são usados enquanto instrumentos poderosos para a manutenção e reprodução do sistema capitalista contemporâneo, que começa pelo próprio Estado burguês. Esses aparelhos privados de hegemonia do capital criam conjuntamente estratégias no sentido de promover uma ação política e ideológica, moral e cultural que possam estabelecer o consenso para manutenção da ordem e hegemonia capitalista.

O Estado em sua forma contemporânea tende a se tornar um núcleo duro de coerção violenta. Segundo Casimiro (2018), ele passa a incorporar em seu núcleo interno diversos aparelhos privados de hegemonia empresariais que atuam formulando consenso. Um exemplo mais próximo é a imbricação desses aparelhos na burguesia brasileira. Observa-se que eles trabalham com a direção da gestão de empresas procedentes de diversas nacionalidades, em especial as estadunidenses que mostram seu poder imperialista contemporâneo sobre outras nações.

Casimiro (2018) ainda destaca que alguns desses mecanismos de hegemonia tendem a organizar-se como estados maiores, estabelecendo nichos específicos para a formação de quadros de lideranças, direcionados para uma doutrinação de maior aspecto e voltados à formação de consensos. Uma boa parte dos aparelhos privados de hegemonia do capital denota a existência de tensões entre diversos setores do grande empresariado internacional, os quais estão sendo deslocadas dos espaços públicos para os próprios Estados nacionais. Essa multiplicidade de instrumentos hegemônicos é em si formuladora de projetos difusores da ideologia de mercado.

Tais organizações atuam no sentido doutrinário – de difusão de diferentes matrizes do pensamento liberal e recrutamento de

intelectuais orgânicos – quanto o campo considerado mais pragmático de elaboração de diretrizes, intervenção e proposição de políticas públicas, e de ação estrutural, alicerçada em um projeto de poder, desenvolvendo estratégias por dentro do Estado (CASIMIRO, 2018, p. 18).

Esses apontamentos servem para caracterizar essas organizações que têm, em suas direções, as principais estratégias de ação de frações dos setores do capital, com projetos de reestruturação de dominação, inclusive nas formas de internacionalização no plano capital-imperialista. Gramsci (2000) identifica também os aparelhos privados de hegemonia como organismos sociais coletivos e relativamente autônomos em face da sociedade política, porém, articulados em termos dialéticos no sentido de edificação da dominação.

Para ser efetivo e naturalizado, o projeto de dominação, enquanto forma de gestão do capital, precisa contemplar os interesses das diferentes frações do capital, ainda que de forma distinta e parcial. Busca agregar desde o proprietário de pequenas fábricas ou empreendimentos comerciais até os grandes conglomerados financeiros e industriais. Essa congregação de interesses e quadros, por sua vez, necessita de seus intelectuais coletivos, que compatibilizam as distintas frações e interesses, organizam a atuação tática e conduzem a formulação de diretrizes de ação a partir de um programa político-ideológico (CASIMIRO, 2018, p. 28).

Os aparelhos privados de hegemonia atuam realizando a função tanto de *córtex político* de atuação conjuntural, tático-operacional quanto funcionando como um Estado-maior, elaborando, no sentido gramsciano, projetos políticos que se configuram em algo bem além dos interesses imediatos de uma determinada classe.

A classe dominante dos países imperialistas apresentam táticas conjuntas, usando esses instrumentos de hegemonia nos países de capitalismo dependente, enquanto estratégias de manutenção da lógica do capital e de sua mundialização. No entanto, devemos compreender esse processo não apenas como uma mera dominação externa de forma passiva, e sim, enquanto luta de classes, ou seja, que gera o processo de complexificação da sociedade civil, tendo em vista que esta tem na sua estrutura também os seus aparelhos hegemônicos e contra-hegemônicos, que estão na defesa da classe que vive do trabalho e que se colocam contra os ditames determinados pelo capital.

Mediados por esse aporte teórico gramsciano, iremos tratar com mais afinco sobre a atuação desses aparelhos privados de hegemonia e os intelectuais dos países imperialistas nos próximos capítulos. Discorreremos acerca das formulações de projetos a nível internacional de dominação sobre os países de capitalismo dependente.

Nossas análises evidenciam a atuação desses aparelhos privados de hegemonia dentro da lógica do capital financeirizado e portador de juros contemporâneo. Esses tendem a formular projetos para países periféricos, com o intuito de superexplorar essas nações, desnacionalizando-as a mando do capital e de sua manutenção hegemônica mundial. E para isso contam com um mega plano político e ideológico de dominação, o qual é elaborado pelos seus intelectuais.

Diante do exposto, cremos ser fundamental o debate sobre os aparelhos contra-hegemônicos dos países de capital dependente, a fim de entendermos como os mesmos irão atuar mediante os ditames postos pelos aparelhos privados de hegemonia do capital imperialista.

No item a seguir, iremos fazer o recorte do nosso objeto de pesquisa. O mesmo será mediado por essa discussão acerca dos aparelhos privados de hegemonia e intelectuais coletivos, com destaque para a atuação das agências multilaterais Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde a mando do capital imperialista internacional.

2.4 A CRIAÇÃO DO BM E DA OMS ENQUANTO APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA E UTILIZADOS COMO INSTRUMENTOS DE DOMINAÇÃO DO CAPITAL

A partir das considerações que nos embasam teoricamente, no contexto do pós Segunda Guerra Mundial, passam a surgir novas associações que terão papéis importantes enquanto instrumentos de controle da crise orgânica que já assolava os países imperialistas, como vimos anteriormente.

Nesse contexto de intensificação e crise orgânica do capital pós Segunda Guerra Mundial, são criadas as poderosas agências multilaterais BM e OMS, as quais definimos como aparelhos multilaterais de hegemonia (SILVA, 2017). Foram gestadas originalmente em um período de reorganização do sistema interestatal capitalista, por meio de um acordo entre as potências vitoriosas da Segunda Guerra

Mundial, selado em Bretton Woods, Estados Unidos (EUA). Criadas em 1944 depois de diversas manobras dos EUA, elas tiveram suas sedes estabelecidas na cidade de Washington. A desvalorização da moeda inglesa “foi crucial para afirmar a predominância do dólar como moeda internacional e âncora da projeção mundial do poder político e financeiro norte-americano” (PEREIRA, 2010, p. 151).

O BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI) são tidos como uma criação americana que rendeu aos EUA uma marca duradoura e forte, pois são os intelectuais que criam estratégias e projetos para a garantia da hegemonia do capital imperialista como manobras para a saída da crise. Em síntese, “atuam como promotor de reformas institucionais necessárias à realização da liberalização econômica em países periféricos” (PEREIRA, 2014, p. 47). Desde sua criação, esses aparelhos multilaterais de hegemonia são comandados pelos EUA, incluindo sua estrutura, direção política e suas formas de empréstimos. Essa nova ordem mundial, estabelecida em Bretton Woods, tinha como missão, nas palavras de Brettas (2013, p. 63), “criar um ambiente internacional propício à emergência dos EUA no papel de motor da recuperação mundial, a economia mundial passa a depender do desempenho da economia norte-americana”. E isso sempre com o discurso de “alívio da pobreza”.

Sua primeira gestão, marcada com a conferência de Bretton Woods, tinha em sua gênese o objetivo de abertura do livre comércio para produtos norte-americanos. A abertura para os mercados estrangeiros tornaria os EUA a maior potência econômica do planeta. Suas primeiras estratégias, segundo o Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird), eram financiar projetos para fins da produção e que estivessem relacionados às obras públicas, supervisionadas e com interesse diretamente do setor privado. A Organização das Nações Unidas (ONU) defendia que as atividades financiadas para países menos desenvolvidos deveriam ficar a cargo do investimento privado, doméstico e estrangeiro.

Conforme Almeida (2013) foi entre 1945 e 1951 que aconteceu a criação de um conjunto de aparelhos multilaterais de hegemonia (ONU; FMI; BM; UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura em 1945; OMS em 1946; OECD em 1947, entre outros), institucionalizando, assim, o chamado sistema internacional sob poder hegemônico dos EUA.

A OMS é criada oficialmente em 1946, mas só é implementada em 1948, quando produz os primeiros processos, regras e instituições para governança

mundial em saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi criada bem antes em 1902, na segunda Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos (OEA). Almeida (2013, p. 217) destaca que “em 1948, a OPAS foi incorporada à OMS, sua função no início era de garantia e primazia com a saúde pública, porém, a partir de 1960”, durante o início do processo de crise orgânica do capital, esse consenso passa a ser questionado com a crítica à baixa eficiência da saúde pública tradicional. O BM entra em disputa pela liderança setorial que culminou com sua vitória na arena internacional da saúde:

Nesse mesmo período, no quadro de renovação da OMS e de recuperação do seu papel global no comando do setor, foi estimulada a criação de parcerias e fundos globais, envolvendo diferentes atores, públicos (governamentais e não-governamentais) e privados (incluindo os filantrópicos), concentrados em alvos específicos. Essas parcerias foram incentivadas tanto para fortalecer a situação financeira da OMS, e outras organizações ou agências multilaterais, quanto para estabelecer alianças que implicam o seu poder de atuação, perdido nas décadas precedentes (ALMEIDA, 2013, p. 267).

Desde o início de suas operações, o BM atua como monitorador e interventor das políticas econômicas dos países periféricos, apoiando-se em práticas e políticas neocolonialistas sob o patrocínio dos EUA. Com isso, fica evidente que o capital financeiro tem impulsionado mudanças na ordem internacional. Pereira (2010) apresenta que o BM não realizou nenhum empréstimo para a área social durante seus primeiros 16 anos. Isso significa dizer que nenhum dólar foi gasto na construção de hospitais, escolas e programas de prevenção à saúde, água, alimentos e saneamento básico.

O comando do presidente McNamara, que assumiu a direção do BM em 1968, teve destaque ao inovar e expandir as operações do BM, tendo um olhar estratégico e um discurso ideológico no combate à pobreza no mundo. Pereira (2010, p.178), ainda aponta que o pensamento de McNamara, era que “a pobreza e a injustiça social podem ser um perigo à segurança do país tanto como qualquer ameaça militar”. Ao tratar da pobreza como um câncer social, teve como objetivo consolidar o BM como uma grande agência de desenvolvimento, o que é uma verdadeira falácia. Sampaio Jr. (2010, p. 36) destaca que as políticas de liberalização da economia desarticulam os centros internos de decisões, deixando os países à mercê dos capitais internacionais.

Anos depois, o BM sofre uma política de ajustamento estrutural. É importante destacar que o império norte-americano impôs diversas condições através do comando desses aparelhos privados de hegemonia:

O aumento do poder político do Estado norte-americano avança à custa de uma profunda redução na escala e no grau de autonomia dos outros Estados nacionais. A superpotência americana requer a impotência dos demais países do globo. A soberania ampliada dos Estados Unidos combina-se com a soberania reduzida das potências imperialistas de segunda ordem e com a soberania ultrarreduzida dos países na periferia do sistema capitalista (SAMPAIO JR., 2010, p. 45).

No final dos anos 1960, acontece o rompimento com o acordo de Bretton Woods. Brettas (2013) aponta que muitos mecanismos de regulação contribuíram para modelar as bases das relações internacionais, passando por um processo de desmantelamento. A tendência desse processo gerou um clima de insegurança monetária e queda da rentabilidade do capital na indústria.

Nesse processo, o BM apresenta uma nova agenda de reformas conjuntas com a OMS. A proposta é formulada para os sistemas de saúde dos países de capital dependente, sendo definida como “novo universalismo”. Segundo Almeida (2013, p. 216), trata-se de um misto entre “público e o privado, dividindo-se a responsabilidade entre o Estado e o mercado, na garantia da equidade dos serviços”. E também da publicização que visa à transferência de parte da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira.

Contudo, os aparelhos privados de hegemonia possuem uma função fundamental, uma vez que atuam “para a legitimação de um projeto que almeja alcançar uma condição de hegemonia” (CASIMIRO, 2018, p. 22). A camada de intelectuais coletivos, a serviço da classe dominante, sustenta a hegemonia burguesa, disseminando ideias e instrumentos para controlar a classe subalterna e ampliar o conformismo e a resignação.

O BM e a OMS apresentaram diversos relatórios que induzem a promoção da ideologia neoliberal, a adoção de recuperação de custos em serviços públicos antes gratuitos e o aumento exorbitante do controle privado mediante toda economia mundial. A grande sacada do BM era, ao comando dos EUA, mover a política de empréstimos como apoio de crescimento do Estado, conduzido pela empresa

privada. E assim o Estado aparece como um parceiro, aberto às investidas do mercado liberal.

O BM apresenta ajustes como: uma maior seletividade do Estado na prestação direta de infraestrutura e serviços básicos, aumentando o volume de subcontratação do setor privado; utilização da força de trabalho das comunidades locais para a manutenção de estruturas básicas; e a descentralização da prestação de serviços básicos e de gestão de projetos e programas de desenvolvimento entregue às ONGs e às empresas privadas (PEREIRA, 2010). Não sendo bastante, ainda atua em certa divisão do trabalho que permeava esses aparelhos privados da hegemonia, sempre de forma integrada. O que acaba formando um complexo organicamente estruturado, com intuito de deliberar receituários como imposição aos países periféricos, ligados exclusivamente às políticas neoliberais, acordadas no Consenso de Washington.

Assim, surge uma nova divisão triangular de autoridade com a criação da OMC:

[...] surgiu baseada na estreita colaboração entre o FMI e o Banco Mundial para vigiar a política econômica dos países em desenvolvimento. Sob a nova ordem do comércio (que surgiu da conclusão da Rodada Uruguai, em Marrakesh, onde se criou a OMC em 1995), a relação das instituições sediadas em Washington e os governos nacionais foram redefinidos. A imposição das prescrições políticas dos acordos de empréstimos de nível nacional (que não são documentos gerados de obrigação legal). Muitas das cláusulas do Plano de Ajuste Estrutural – PAE (por exemplo, a liberação do comércio e o regime de investimento estrangeiro) foram inseridas de forma permanente nos artigos do acordo da OMC. Esses artigos têm servido de base para controlar países e (impor condicionalidades) de acordo com a lei internacional (BASTOS, 2016, p. 145).

Os documentos apresentados pela OMC não têm apenas infringido as leis nacionais e internacionais já pré-existentes. Eles se encontram em desacordo também com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (BASTOS, 2016). Vale discorrer que os aparelhos privados de hegemonia exibem esses relatórios e artigos produzidos por economistas conceituados, todos americanos. Desse modo, esses indivíduos não podem ter opinião contrária ao que pregam as deliberações prescritas por esses instrumentos hegemônicos. Segundo Gramsci (2000), os intelectuais, ditos urbanos, não possuem nenhuma iniciativa autônoma na elaboração dos planos de construção. Logo, eles elaboram a execução imediata do

plano de produção estabelecido pelo estado-maior da indústria, que controla todas as fases executivas elementares.

Assim, esses intelectuais são contratados para fortalecerem o sistema neoliberal através de suas pesquisas, colocam-se engessados dentro de uma só corrente, de modo que não interfiram, nem atrapalhem o desenvolvimento financeiro e mercadológico dos interesses globais do BM. Em um desses relatórios, previam o corte dos empréstimos e de suporte do FMI, caso o país não seguisse as deliberações pretendidas pelo BM e pela OMC.

A OMC tem um papel importante dentro da lógica do capital internacional. Sua função como aparelho privado de hegemonia é de garantir que os acordos comerciais sejam cumpridos. Ao nos remetermos à política de saúde, percebemos que com a criação da OMC houve uma expansão do comércio mundial dentro da indústria farmacêutica. Conforme Almeida (2013, p. 280), a OMS estendeu apoio a um programa de “globalização”, comércio e saúde. Produzindo um estudo em conjunto com a OMC, profissionais da indústria farmacêutica passaram a ocupar posições de destaque dentro da OMS. Desse modo,

[...] vigorou a pouca clareza sobre as prioridades da OMS, para tema do programa foi colocado um novo depto denominado Ética, Comércio, Direitos Humanos e Legislação em Saúde que produziu uma revisão sobre a legislação da OMC relacionada a saúde – GATT acordos sobre barreiras técnicas ao comércio e acordos sobre os padrões sanitários e fitossanitários. As questões do acesso aos medicamentos foram utilizadas como forma de medir a capacidade institucional da OMS e sua vontade política de se engajar, de fato, nas discussões sobre comércio e saúde (ALMEIDA, 2013, p. 280).

As reformas neoliberais tomaram a agenda desta tríade: BM/OMC/OMS durante os anos seguintes e se fortaleceram com a reciclagem do programa político neoliberal a partir de 1995. A abertura para o livre comércio, a privatização dos serviços públicos e a liberalização do mercado de trabalho ocasionaram reformas e ajustes fiscais na saúde e na educação. Assim, tanto na área da saúde como da educação observa-se que os serviços pioraram a qualidade, afetando os setores mais pobres da população.

É nítido que frequentemente tais crises do capital na fase contemporânea têm sido deliberadamente forjadas pelos grandes conglomerados financeiros internacionais, o programa neoliberal de enfrentamento da crise é empreendido com a participação do BM/OMC/OMS, as quais, aproveitando-se das fragilidades

macroeconômicas dos países periféricos, manipulam rasteiramente contra suas moedas e suas dívidas públicas. Gerando um esquema injusto de suas divisas e de seu patrimônio público. A utilização da esfera financeira tem por vistas a valorização dos imensos estoques de capital, uma forma que essa nova fase do capitalismo monopolista mundial encontra para recuperar-se da grave crise orgânica, a fim de reorganizar suas bases políticas, sociais e econômicas.

Nesse contexto, somada à reestruturação produtiva e à financeirização, a ideologia neoliberal é um mecanismo do capital para a retomada das taxas de lucro; isto é, parte da reação burguesa à crise instaurada. No acirramento da crise mundial, são elaborados pelo BM os primeiros documentos voltados às políticas de saúde, mais especificamente em 1975, apresentando aos países, por ele subsidiados, as primeiras orientações para a reforma nas políticas de saúde.

CAPÍTULO 3

A ECONOMIA DEPENDENTE, LUTAS DE CLASSES E APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA

Ao tratarmos da acumulação de capital na realidade periférica, deparam-nos com a situação de dependência e subdesenvolvimento dos países latino-americanos, que desde sua colonização carregam em sua herança a forte dependência financeira dos seus países de capital imperialista. As características descritas apontam para o aprofundamento da superexploração do trabalho e da precarização das políticas sociais desses países subdesenvolvidos.

A partir dessas reflexões e ao nos apropriar da Teoria Marxista da Dependência, baseada em Rui Mauro Marini (2011) e defendida por outros autores; discorreremos sobre a economia de capitalismo dependente, trazendo a colaboração dessa teoria, que analisa através da concepção marxista, como o processo da expansão capitalista se instala nos países periféricos e como os países imperialistas usam sua força dominante para expropriar, de forma cruel, os trabalhadores das economias dependentes.

A seguir, fazemos a mediação com as lutas de classes e a resistência ao processo de dominação dos aparelhos privados de hegemonia no contexto mundial. Para tanto, faz-se necessário a compreensão dos aparelhos multilaterais de hegemonia BM e a OMS e suas influências durante a década de 1990, na particularidade brasileira, no processo de contrarreforma do Estado e na especificidade da política de saúde, enquanto uma das políticas que integra a seguridade social.

3.1 A ECONOMIA DEPENDENTE E A SUPEREXPLORAÇÃO DO TRABALHO NO DESENVOLVIMENTO DESIGUAL PERIFÉRICO

Nos estudos referentes ao desenvolvimento capitalista na economia latino-americana, existem várias particularidades. Uma delas é o fato desses países sempre terem servido como função auxiliar, ao fornecer matéria-prima e mão de obra barata. Sendo esses países periféricos usados enquanto mercado de produtos industriais superexplorados, no processo de mundialização do capital. Algumas

análises contrárias a essa justificam que a dependência é consequência de um desenvolvimento insuficiente dentro das relações capitalistas. Essa tese refere-se às realidades conjunturais e às particularidades históricas dos países de economias dependentes, os quais, por sua inserção na economia mundial e seu funcionamento interno, não poderão jamais se desenvolver da mesma forma que as economias caracterizadas como desenvolvidas e avançadas.

Na tentativa de sistematizar um debate referente a essa discussão, temos a publicação da *Dialética da dependência*⁷, de Ruy Mauro Marini, que contribuiu sobre o assunto e abriu um leque para novas pesquisas. Osório (2009, p. 167) destaca que “a Dialética da dependência constitui o ponto mais alto na explicação das particularidades da reprodução do capitalismo dependente”, ligada exclusivamente às críticas à ideia de que o capitalismo latino-americano pode alcançar os modos de desenvolvimento dos países centrais.

Os estudos de Marini (2011) ressaltam que a América Latina, desde a expansão comercial no século 16, desenvolve-se em estreita consonância com a dinâmica do capitalismo internacional. Segundo o autor, a América Latina contribuiu em seu primeiro momento com o aumento do fluxo de mercadorias que permitiam o desenvolvimento do capital comercial e bancário na Europa. O século 19, marcado pela revolução industrial, corresponde à América Latina e à sua independência política, trazendo, de acordo com Marini (2011), uma estrutura administrativa que foi construída durante a Colônia, em total subordinação ao conjunto de países que giravam em torno da Inglaterra.

É a partir desse momento que a América Latina passa a se inserir nas relações com os centros capitalistas europeus, situando-se em uma nova estrutura definida na divisão internacional do trabalho, a qual dará sentido posteriormente ao desenvolvimento da região. Contudo, é nesse processo que se configura a dependência.

Entendida como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujos marcos das relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência. A consequência da dependência não pode ser, portanto, nada mais do que maior dependência, a sua superação supõe necessariamente a supressão das relações de produção nela envolvida (MARINI, 2011, p. 327).

⁷ Cidade do México: ERA, 1973.

A indústria moderna teria sofrido inúmeras barreiras, caso não tivesse contado com a subordinação dos países dependentes, principalmente por causa do desenvolvimento industrial, que requeria uma ampla disponibilidade de produtos agrícolas. Marini (2011) enfatiza a importância da América Latina no desenvolvimento do capitalismo, mostrando a capacidade para “criar uma oferta mundial de alimentos, que aparece como condição necessária para a sua inserção na economia internacional capitalista e a formação de um mercado de matérias primas industriais” (p. 328).

Marini (2011) ressalta ainda o deslocamento da produção de mais-valia absoluta para a de mais-valia relativa, a qual se explica com o aumento da capacidade produtiva do trabalho, do que simplesmente com a exploração do trabalhador. Isso ocorre pela condição de dependência, com base em uma maior exploração dos trabalhadores latino-americanos em relação aos trabalhadores dos países centrais.

Portanto, a América Latina contribuiu com o incremento da taxa de mais-valia e taxa de lucro dos países industriais, aumentando a sua dependência. Ao contribuir com essa análise, Carcanholo (2009) define as economias dependentes como:

Economia periférica aquele país, ou região, que apresenta, em geral, instáveis trajetórias de crescimento, forte dependência de capitais externos para financiar suas contas-correntes (fragilidade financeira), baixa capacidade de resistência diante de choques externos (vulnerabilidade externa) e altas concentrações da renda e riqueza. Isso caracteriza o subdesenvolvimento dessas economias (CARCANHOLO, 2009, p. 251).

O conceito de dependência, como aponta Marini (2011), é entendido quando colocamos a situação de uma economia que está condicionada ao desenvolvimento e à expansão de outra. O que implica dizer que a condição de subdesenvolvimento estaria ligada estreitamente à expansão dos países centrais ou imperialistas. Isso leva a explicação da condição de subordinação externa, como também dos arranjos sociais, políticos e ideológicos internos.

Em 1940, é criada a Comissão Econômica para a América Latina (Cepal). Um organismo dependente das Nações Unidas. A ideologia que predominava possuía a concepção do desenvolvimento e subdesenvolvimento como fenômenos diferentes. Podendo o segundo ser resolvido simplesmente com medidas corretivas, dentro do

plano do comércio internacional, bem como de uma política econômica adequada aos moldes dos países imperialistas.

Carcanholo (2009) apresenta três condicionantes históricos-estruturais da dependência: 1) a redução dos preços dos produtos exportados pelas economias dependentes, produtos primários e/ou com baixo valor; 2) a remessa dos excedentes dos países dependentes para os avançados, sob a forma de juros; 3) a instabilidade dos mercados financeiros internacionais, geralmente implicando altas taxas de juros para o fornecimento de crédito aos países dependentes.

Um dos elementos analisados por Marini (2011) na *Dialética da Dependência*, no que se refere às economias dependentes, é o aumento da intensidade do trabalho, ou seja, o aumento da mais-valia, que é obtida através de uma maior exploração do trabalhador. Ou Marini (2011) poderia dizer que se tratava da prolongação da jornada de trabalho. Apoiado na perspectiva marxista, o autor explica que se trata de aumentar simplesmente o tempo de trabalho excedente, em que o operário continua produzindo, depois de criar um valor equivalente aos meios de subsistência para a sua própria sobrevivência.

Com essa compreensão, o autor se refere à categoria de superexploração que não está presente em *O Capital*. Essa categoria tem provocado vários debates por parte dos críticos da *Dialética da dependência*. Tal categoria dá conta de explicar uma modalidade de acumulação, na qual é violado o valor da força de trabalho de forma mais intensa. E isso é o aspecto central da reprodução do capital dependente. Osório (2009, p. 172) aborda de forma clara que “a noção de superexploração explica a forma como o capitalismo se reproduz nas economias dependentes, no marco do desenvolvimento desse sistema”.

Segundo Marini (2011), é no ambiente interno dos países latino-americanos, ocorrendo a subordinação às zonas de exportação, que as relações de exploração podem se apresentar mais nitidamente, quando comparadas às relações servis de extorsão de mais-produto do trabalhador pela ação cruel do capital comercial. Vale salientar que o trabalhador pode se ver implicado em uma profunda exploração direta pelas manobras bem arquitetadas do capital, que assume, mediante essas características, a forma de superexploração.

Compreendemos que é importante destacar os dados dos condicionantes históricos-estruturais dessa dependência, com base na própria dinâmica de acumulação mundial do capital. O que implica na resposta central da explicação

periférica para o desenvolvimento capitalista, baseado na superexploração da força de trabalho e, conseqüentemente, na distribuição regressiva da renda e da riqueza. Motivos do aprofundamento das mazelas e dos problemas sociais dos países dependentes.

Podemos listar diversos fatores que servem para caracterizar as conseqüências desse subdesenvolvimento dos países periféricos e a superexploração: o fraco crescimento, a falta de equidade, a polarização social, os baixos salários, a enorme população excedente, os elevados níveis de pobreza e miséria, a insuficiente capacitação de recursos humanos, os mercados internos fracos, o pobre desenvolvimento tecnológico, “a ausência de empresários empreendedores, os investimentos insuficientes, a ausência de profundas reformas no campo, a corrupção, etc”. (OSÓRIO, 2009, p. 184).

É nítido que nos Estados de economias dependentes estão presentes as particularidades acima referidas, uma vez que são inerentes ao processo de dominação do capital monopolista e de suas relações desiguais de poder. O padrão de reprodução do capital nos países dependentes está baseado na superexploração da força de trabalho, porque assim,

[...] Contribui para alimentar a necessidade de atualização de mecanismos de coerção, mesmo quando diante de um regime formalmente democrático. Isto porque as relações de troca desiguais, que marcam as economias dependentes, e as transferências de valor dela decorrentes, impõem limites à dinâmica de acumulação interna e são respondidas com salários baixos do mínimo de subsistência, intensificação do trabalho e extensão na jornada de trabalho (BRETTAS 2017, p. 55).

Tais medidas afetam diretamente a fonte de subsistência do trabalhador que diminui, aumentando o trabalho excedente. Osório (2018) aponta que o sistema capitalista mundial é formado por diversas formas de capitalismo interdependentes. O que implica dizer que a sorte de uma determinará a de outra. Isso levou Marini (2011) a pesquisar e a avançar com a teoria marxista da dependência, a qual apresenta aprofundamento teórico capaz de dar conta das particularidades vivenciadas de forma mais intensa pelos países dependentes.

A dependência que se vivencia no sistema capitalista mundial condiciona as estruturas internas dos países, que os fazem dependentes desde o início de suas formações. No capitalismo dependente, as condições objetivas da superexploração

do trabalho se constituem como um mecanismo fundamental da exploração por parte do capital. Elas estão resumidas em dois fatores principais:

O primeiro fator que a favorece consiste na cisão do ciclo do capital, presentes nos padrões de reprodução do capital que se gestaram a partir dos processos de independência [...]. O segundo fator que favorece a superexploração está constituído pelas perdas de valor sofridas pelo capitalismo dependente no mercado mundial, por meio da troca desigual e de outros tipos de transferências. Essas perdas alcançam algum grau de reposição através da apropriação, pelo capital, de parte do fundo de consumo dos trabalhadores e de sua conversão em fundo de acumulação, ou da apropriação presente de parte dos anos futuros de trabalho e de vida, por intermédio da extensão das jornadas de trabalho e da intensificação do trabalho (OSORIO, 2018, p. 492).

Esses fatores apenas são possíveis, porque o capitalismo dependente consegue gerar esse tipo de mão de obra em abundância. O que nos remete discorrer sobre um terceiro fator que é uma gigantesca superpopulação relativa, capaz de substituir rapidamente o trabalhador cansado ou saturado, constituindo-se enquanto um instrumento poderoso do capitalismo que a usa para pressionar as condições salariais de trabalho e os trabalhadores ativos.

Quando comparamos esse tipo de exploração nos países dependentes com os países desenvolvidos, é perceptível que a intensidade do trabalho tem um peso maior e há menos pagamento direto de salários abaixo do valor. Isso torna possível que a maioria dos trabalhadores, “nessas economias, tenha um peso relevante na conformação do mercado interno, tenha acesso a bens que, em outras economias, são bens suntuários, que o bem-estar material seja mais generalizado” (OSORIO, 2018, p. 494).

Esse impacto afeta estruturalmente as condições de vida dos trabalhadores. Tal ação tende a gerar uma concentração de riqueza a uma minoria ínfima, levando potencialização do enfrentamento das classes sociais, as quais são respondidas, na maioria das vezes, de “forma coercitiva com a criminalização das resistências populares, uma característica da ação do Estado dependente que é chamado a intervir no intuito a garantir a hegemonia do capital” (BRETTAS, 2017, p. 56).

Esse também é o papel do Estado nos países imperialistas, porém, nos dependentes, essa intervenção é ainda mais intensa. O Estado se insere cada vez mais no centro do sistema econômico e de manutenção do mesmo.

Nessa análise, Marini (2012) reflete ainda sobre o projeto que denominou de subimperialismo⁸, enfatizando a força que a economia dependente assume ao chegar à etapa dos monopólios e do capital financeiro. As mudanças ocorreram a partir da relação dos Estados Unidos com os países periféricos, logo após a Segunda Guerra Mundial, correspondendo ao auge da crise orgânica do capital. Esse processo provocou o deslocamento intenso das forças entre as potências imperialistas.

O imperialismo norte-americano mover-se-ia em duas direções: restabelecer o funcionamento normal do mercado internacional, de maneira a assegurar o investimento dos enormes excedentes comerciais que sua capacidade produtiva estava em condições de gerar; e a ampliar o raio para a acumulação de capital, com o objetivo de permitir a absorção produtiva da imensa massa de dinheiro que sua prosperidade engendrava (MARINI, 2011, p. 33).

Os aparelhos privados de hegemonia BM e FMI são instrumentos fundamentais que presidiram a reconstrução capitalista mundial nesse momento. Para tanto, trabalhou com o discurso de financiar projetos de desenvolvimento econômico dos países em desenvolvimento, o que gerou maior dependência como bem explicitamos no capítulo anterior.

Esses projetos são lançados com o intuito de garantir a hegemonia do capital imperialista e adquirem formulações diversas. Uma delas são os projetos voltados à especificidade da política de saúde desses países, com o intuito de garantir a subordinação, a expropriação e a extração de capital por dentro das políticas sociais.

Os aparelhos multilaterais de hegemonia, mesmo sendo detentores de poder político e ideológico em relação aos países periféricos, não disseminam seus projetos de forma pacífica. A classe trabalhadora tem reagido, às proposições desses aparelhos, resultando, no processo de luta de classes nesses países.

No processo de luta, são conjugadas tanto as mediações entre as condições conjunturais da economia e da política a nível mundial quanto às particularidades dos países.

⁸ Ver: MARINI, Ruy Mauro. A acumulação capitalista mundial e o subimperialismo. In: **Revista do Instituto de Estudos Sociais**, 2012, 20.

3.2 LUTAS DE CLASSES E RESISTÊNCIA AO PROCESSO DE DOMINAÇÃO DOS APARELHOS PRIVADOS DE HEGEMONIA

A perspectiva marxista possibilita explicar e definir de forma objetiva as lutas de classes no capitalismo, pois não se conseguiria analisar fora das determinações do próprio sistema que as determinam. Em *Ideologia alemã*, escrito em 1945, Marx e Engels fazem uma sistematização do papel das classes sociais e de seus conflitos nos processos histórico-sociais. A categoria de classe social foi empregada especialmente para definir os termos da transformação operada pela burguesia nas sociedades modernas, moldando pouco a pouco as suas feições cada vez mais urbanas e mercantis.

Marx e Engels passam a realizar a análise concreta da sociedade moderna (sociedade burguesa). Assim, o ponto e problema central de sua pesquisa, como aponta Netto (2011, p.17), são “a consolidação, o desenvolvimento e as condições de crise da sociedade burguesa, fundada no modo de produção capitalista”.

Marx demonstra em suas análises a subordinação direta dos trabalhadores aos capitalistas, quando estes passam, na condição de proprietários dos meios de produção, a controlar os proletários. Em seus textos, Marx esclarece que essa subordinação ocorre em decorrência do processo de acumulação do capital. O intuito da sua pesquisa se mostrou imensamente importante, pois buscava respostas que eram extremamente necessárias, para que o proletariado pudesse nortear sua compreensão e sua intervenção, mediante a realidade em que viviam.

Ianni (2017) enfatiza que toda a construção teórica de Marx cumpre o papel de questionar e desvelar o *status quo*, pensando em um novo modelo de sociabilidade, a qual só será possível com a união de todos os proletários. Marx conseguiu prever a intensificação do modo de produção capitalista contemporâneo. Na lei geral da acumulação capitalista, ele vislumbra a superexploração continental pelo capitalismo. Com a criação dos monopólios, o capital atravessa fronteiras no sentido de obter lucros. Seu método permite fazer o movimento ontológico e compreender as estratégias ofensivas e as tendências essenciais da sociedade burguesa, na qual se desenvolvem o trabalho e sua divisão, a distribuição do produto do trabalho, a alienação humana, a formação de grupos e classes sociais, a distribuição do poder econômico, do político e da cultura (IANNI, 2017).

A categoria classe social é caracterizada partindo dos estudos da história das

sociedades humanas, pois a maior parte das sociedades do passado não se enxergava dividida em classes. “Mas a dinâmica dos seus conflitos sociais pode ser apreendida pelo recurso à categoria, classes sociais além, especialmente, de luta de classes” (MATTOS, 2019, p. 15).

Conforme Lage (2019), os diferentes períodos históricos da luta de classes e das organizações da classe trabalhadora servem enquanto modelos e como uma classe. Buscam compreender sua formação social e agir sobre ela, na perspectiva de transformação. Nesse sentido, uma estratégia que visa à revolução social está justamente ligada à maneira como ela absorve a análise de sua formação social sobre a qual tem suas bases.

Isto é, como essa estratégia articula as determinações, objetivas e subjetivas, sobre as quais se erguem as classes em luta: a quantidade e a qualidade das indústrias instaladas no território; o papel que os burgueses, proprietários dessas indústrias, desempenham na divisão internacional do trabalho; a quantidade de proletários, e o nível de paciência que demonstram historicamente; a existência e o peso de outras classes, intermediárias, ou reminiscências de outras formações sociais; enfim, a maneira pela qual uma estratégia articula o conjunto de elementos, objetivos e subjetivos, sobre o qual se erguem o Estado e a forma de dominação específica de uma dada formação social (LAGE, 2019, p.83).

Um dos marxistas que mais avançou, a fim de que os grupos humanos tomassem consciência dos conflitos foi o sardo italiano e líder revolucionário, Antônio Gramsci. Apoiado no método crítico dialético, direciona-nos a refletir que a luta que integra esse enfrentamento ocorre a partir dos sujeitos coletivos de determinada classe. Também ressalta a necessidade de fortalecer a construção de um novo projeto hegemônico. Mattos (2019) assevera que Gramsci (2000) em seus escritos carcerários empenha-se em explicar como se dão os desafios contrapostos à construção de uma consciência autônoma entre os dominados, ou do que ele chamou de “subalternos, ressaltando a dinâmica contraditória das relações entre as classes sociais fundamentais, ou seja, a luta de classes ao longo da história” (MATTOS, 2019, p. 47).

Muitas lutas foram travadas pela classe trabalhadora durante os séculos. Todavia, para fins de delimitação neste estudo, focalizamos as mudanças mais recentes no mundo trabalho. A dominação é uma categoria permeada do exercício assimétrico da autoridade, ensejada pelo controle dos recursos materiais e

simbólicos (MIGUEL, 2018). Como temos acompanhado, o sistema capitalista dominante tem moldado o dia a dia das sociedades humanas, em grande medida, porque a ordem que elas geram é reproduzida pela ação dos dominados. Embasados em Gramsci (2000), percebe-se que a dominação não é um estado natural, já que ela precisa ser reafirmada a cada momento.

É claro que há um importante componente ideológico no aspecto da direção e da hegemonia. Gramsci (2000) salienta que a classe dirigente deve promover ativamente a identificação de todos os setores sociais como ela própria garante que é portadora dos interesses universais. Com intuito de garantir seu poder de atração, ela também oferece concessões materiais e institucionais, de modo a fragilizar a resistência contra si. Por isso o caminho apontado por Gramsci é muito bem elaborado, quando destaca o papel do intelectual coletivo, corporificado no partido revolucionário, na produção de uma nova cultura e na organização da ação política contra os aparelhos privados de hegemonia do capital dominante.

Miguel (2018) analisa que a compreensão de Gramsci (2000a), possibilitada pela noção de “intelectual orgânico”, faz com que a experiência vivida da classe dominada ingresse na construção da resistência e da transformação social.

Entendemos com mais clareza a famosa passagem de Gramsci (2000a, p. 18), em seu segundo caderno, quando coloca que “todos os homens são intelectuais, mas, nem todos têm na sociedade a função de intelectuais”. Porém, é no partido que o autor destaca a atividade do intelectual exercida pela pessoa comum. E essa luta na tradição marxista tende a trabalhar da seguinte forma:

Ao fazermos a análise contemporânea, a partir da crise orgânica desencadeada em 1970, o sistema capitalista tentou diversas formas de estabilização. Essas tentativas trouxeram mudanças significativas na distribuição dos investimentos capitalistas, na força de trabalho, na forma organização capitalista e na retirada de direitos trabalhistas. Todo esse desfecho foi devidamente definido a partir da reestruturação produtiva do neoliberalismo e da mundialização. É desse momento que partimos para entender como a crise orgânica trouxe um impacto negativo nas organizações e nas lutas da classe trabalhadora, pois, como salienta Mattos (2019), foi visível uma diminuição do percentual de trabalhadores sindicalizados, além de um recuo significativo no volume das greves.

Os trabalhadores, mesmo em situação menos favorável do que no período do Estado de bem-estar social, trataram de continuar a luta contra a hegemonia dos

aparelhos privados de hegemonia do capital. Toda a pressão da classe trabalhadora contra os aparelhos privados de hegemonia do capital ocorre por maiores salários, menores jornadas de trabalho e melhores condições de trabalho e de vida, que acaba por ser funcional à própria lógica da acumulação capitalista.

A classe trabalhadora se organiza nos aparelhos contra-hegemônicos ao capital. Suas lutas, contraditoriamente, estimulam o próprio desenvolvimento do capital, por isso Marx atribui-lhes um potencial muito mais amplo. Mattos (2019) assevera ser

[...] uma contra-tendência importante, não porque permitia à classe trabalhadora simplesmente a manutenção e melhoria de sua posição no interior da ordem capitalista, pelo contrário, o centro da questão para Marx era que tais lutas contra os capitalistas habitavam a classe trabalhadora, para empreender outros movimentos de maior envergadura. Movimentos em que a abolição do sistema de exploração do trabalho assalariado é o objetivo maior (MATTOS, 2019, p. 106).

Nos últimos anos, mesmo com a crise orgânica, os desafios postos e as lutas dos trabalhadores nos aparelhos contra-hegemônicos, emerge uma nova categoria com intuito de explicar a precariedade das relações de trabalho contemporâneas chamada de “precariado” (BRAGA, 2019). Para o autor, o precariado constitui uma parcela no interior da classe trabalhadora, e não um grupo distinto dela. O autor classifica o precariado como trabalhadores jovens, escolarizados, sub-remunerados e inseridos em condições precárias de trabalho.

Portanto, é importante retornar à configuração dos países de capitalismo dependente, já que tendem a sofrer muito mais com a extração do mais-valor, do aumento na intensidade do trabalho, do prolongamento na jornada de trabalho e com a redução da capacidade de consumo dos trabalhadores. Esses elementos propiciam uma desarticulação muito maior das reivindicações da classe trabalhadora que sofre com a superexploração.

Todavia, principalmente nos países de capitalismo dependente, as lutas precisam ser ainda mais acirradas e combativas; porém, o intenso grau de exploração, alienação e opressão tendem a fragmentá-las. As relações sociais transformam-se em relações conflituosas de classes, sob a hegemonia do capital, as quais Marx, há duzentos anos, já previa em suas análises.

Na contemporaneidade, os aparelhos privados de hegemonia do capital apropriam-se até dos próprios benefícios pagos pelos trabalhadores, as políticas

sociais. Esses mecanismos articulam, de forma contraditória, “políticas voltadas para a garantia de direitos aos mecanismos de expropriação financeira, à medida que tem como um de seus alicerces, o estímulo à bancarização e financeirização” (BRETTAS, 2017, p. 71).

Mediante esse debate, Braz (2012) aborda que o século XXI trouxe consigo a expectativa, entre os segmentos da esquerda mundial, de superação da curva descendente das lutas de classes.. Com a ideologia neoliberal, que ainda desfrutava de uma relativa força no mundo, os movimentos socialista e comunista iniciavam uma fase de reestruturação frente ao baque com a queda do Muro de Berlim e com o fim da União Soviética.

Porém, existem inúmeros exemplos de resistência contra a agenda do neoliberalismo como:

[...] os casos das lutas antiglobalização e das lutas nacionais contra as políticas neoliberais: recorde-se da emblemática experiência do Partido dos Trabalhadores no Brasil —, fora as lutas em torno do movimento bolivariano (Venezuela, Bolívia e Equador) que retomaram a ofensiva dos trabalhadores, iniciando um movimento de deslocamento da curva descendente das lutas de classes (BRAZ, 2012, p. 478).

Adentramos à atual década sob o “bum” da crise orgânica desencadeada e agudizada em 2008. Varrendo de forma destrutiva empregos, salários, direitos e milhares de dólares. As consequências dessa crise conjuntural e expressa mais uma das convulsões moribundas do sistema capitalista, porém ainda passa por um processo de análise por muitos teóricos. Mas, já existem dados que demonstram as consequências desastrosas para a classe trabalhadora de todo o mundo. Temos visto que mesmo a crise implodindo inicialmente nos países imperialistas, os movimentos grevistas protestam em quase todas as partes do mundo, “a classe trabalhadora volta a se articular para uma luta que até aqui é defensiva” (BRAZ, 2012, p. 478).

Esse momento é caracterizado da seguinte forma:

[...] o momento atual das lutas de classes. Ele nos indica que não há no seu horizonte a articulação de um projeto societário alternativo ao do capital, ainda que este seja repudiado tanto entre as lutas defensivas e de resistência dos trabalhadores quanto entre as mobilizações dos chamados ‘indignados’. O difuso ‘socialismo do século XXI’, expressa-se mais como um conjunto de princípios (que

devem ser considerados!) que podem, no máximo, nortear agendas de lutas contra o capital em favor do trabalho, apontando para uma articulação anti-imperialista, o que, deve-se esclarecer, já é um grande passo (BRAZ, 2012, p. 478).

É incontestável saber e refletir que desde os anos 1970, com mais intensidade a partir dos anos 1990, produziram-se lutas sociais que diversificaram enormemente o universo que se conhecia até então (BRAZ, 2012). Daquela década para cá, temos colecionado mais derrotas que vitórias. Entretanto, o universo de certa forma se ampliou consideravelmente, envolvendo desde lutas fabris até as mais variadas, perpassando por questões culturais, étnicas e ambientais, todas afetadas pelo sistema capitalista a nível mundial.

A luta e a resistência são ferramentas imprescindíveis dos aparelhos contra-hegemônicos da classe trabalhadora. Faz-se necessário não apenas se embasar no passado, mas em sua atualidade, uma vez que vivemos um momento de intensificação das expropriações e da precariedade do trabalho. Por isso, será preciso uma maior articulação e unificação dos aparelhos contra-hegemônicos no sentido de se mobilizar e organizar a luta contra os aparelhos privados de hegemonia do capital, pois no capitalismo não há conquistas sem luta da classe trabalhadora.

Veremos com mais profundidade, no decorrer desta pesquisa, como essas lutas vêm acontecendo na particularidade da política de saúde brasileira, que sofre os ataques do capital nacional e internacional, com a pretensão de destruí-la e privatizá-la totalmente. Essas lutas vêm sendo travadas desde antes da constituinte e foram essenciais para a construção do SUS. A década de 1980 foi considerada perdida para o capital nacional, mas foi o momento de articulação da classe que vive do trabalho no Brasil, porque deixou um legado histórico com a redemocratização do país e seus interesses postos na Constituição aprovada em 1988, a qual aprovou nos marcos da lei um sistema de saúde com princípio universal e público.

3.3 O ESTADO DEPENDENTE NA PARTICULARIDADE BRASILEIRA E AS INFLEXÕES DO BM E DA OMS À POLÍTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1990

Em sua obra, *A revolução burguesa no Brasil*, Fernandes (1987) aborda como se processou a transformação capitalista no Brasil, segundo a compreensão dos países periféricos como nações de capitalismo dependente, pelo fato de não

possuírem as mesmas potencialidades das nações hegemônicas. É no mesmo contexto pós-criação do BM que os países imperialistas querem consolidar o capitalismo monopolista nos países da periferia.

Ruy Mauro Marini (2011), em consonância com Fernandes (1987), chega a uma definição de dependência que seja referência nas pesquisas sobre os países de capitalismo dependente, como abordamos no primeiro item deste capítulo. Ele define que a “dependência seria uma situação na qual certo grupo de países tem condicionado sua economia pelo desenvolvimento e expansão de outra economia à qual está submetida” (TRASPADINI; STEDILE, 2011, p. 133).

Mediante esse debate, Bretta (2017) também corrobora, ao afirmar que

O Estado nas economias dependentes está marcado por relações desiguais de poder que limitam o exercício de sua soberania frente a outras formações econômico-sociais a que está submetido. Assim, esse funciona como uma ferramenta a serviço dos interesses das classes dominantes dos países centrais ao mesmo tempo em que expressa às necessidades da classe dominante local, nas suas relações de contradição e subordinação com aquelas (BRETТА 2017, p. 55).

O BM e o FMI tratados enquanto instrumentos imprescindíveis nesse período de imposição e consolidação do sistema monopolista nos países periféricos, que, como afirma Fernandes (1987, p. 301), através de um “desenvolvimento desigual interno, pois temos que considerar o desenvolvimento histórico, econômico, político e cultural brasileiro que ainda apresentava traços arcaicos”. E também de uma dominação imperialista externa apoiada por uma burguesia nacional contrarrevolucionária que detém o poder do aparelho do Estado, dito democrático e universal.

Vale a pena ressaltar que esses intelectuais coletivos BM e FMI são parte do grupo dominante do capital, atuando nos aparelhos privados de hegemonia, os quais, de acordo com Gramsci (2000b), cumprem o papel de uma hegemonia sociopolítica, intelectual e financeira, direcionada aos interesses do capital monopolista. São controlados de modo a coibir, através da força, qualquer tentativa revolucionária da luta de classe que não atenda aos interesses do Capital, a exemplo do golpe de 1964, que barrou um processo importante de inícios de reformas de base que consolidavam medidas em favor da luta da classe trabalhadora do período.

Em 1987, marco da “década perdida” e da crise do capitalismo nacional-desenvolvimentista, o BM estabelece mais um documento voltado à saúde, intitulado de *“Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para reforma”*. Esse documento propõe um conjunto de contrarreformas para a área da saúde dos países em desenvolvimento. O material alinhava-se às políticas neoliberais empunhadas por uma multiplicidade de aparelhos privados de hegemonia. Casimiro (2018) analisa nesse processo a direção das novas operacionalizações em programas de reformas, com vistas a reconfigurar o papel do Estado e torná-lo mais eficiente.

O BM/FMI cobravam dos países devedores a desresponsabilidade do Estado na área social, de modo a possibilitar a abertura para o mercado; criando os conceitos de bem público e bem privado, ou seja, uma parceria. O documento defendia que as intervenções na saúde deveriam ser financiadas pela iniciativa privada ou por alguma forma de seguro social.

Além de um pacote de serviços essenciais, a função do governo no tocante a serviços clínicos limitar-se-ia a capacitar melhor os mercados de seguro e atendimento de saúde para prestarem assistências discricionárias – seja por meio da iniciativa privada, seja por meio do seguro social (impostos destinados a determinados fins, com os esquemas de seguridade social ou outros esquemas de seguros obrigatórios) (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 61 apud CORREIA, 2005, p. 116).

Faz-se necessário citar também que, a partir da crise orgânica mundial, a ideologia neoliberal adentra no contexto brasileiro. Vale a pena ressaltar que no Brasil o neoliberalismo é posto, frente a um período marcado pela luta da classe trabalhadora pela redemocratização:

Não podemos desconsiderar os limites trazidos pela luta de classes para a implementação deste projeto de restauração burguesa. O neoliberalismo não se deu por uma aplicação direta e mecânica de um receituário vindo de fora. Ele esbarrou em lutas e resistências da classe trabalhadora que, apesar de ter sentido fortemente uma desarticulação, havia resultado em uma Constituição Federal com definições que não puderam ser ignoradas e foram, de alguma maneira, implementadas (BRETTAS, 2017, p. 63).

Devemos entender que na década de 1980, ao nascer de uma Nova República, o Estado Nacional continuou a serviço da classe dominante, dentro do

próprio movimento de redemocratização do país. Desse modo, várias frações da burguesia nacional se juntam e criam diversos aparelhos privados de hegemonia que conseguem garantir na constituinte possibilidades que os beneficiariam.

Foi nesse cenário de reformas orientadas pelo BM, nas políticas de saúde dos países periféricos, que o Brasil aprovou, com base na Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, as quais expressam os avanços formais do Movimento de Reforma Sanitária. E são contemplados alguns de seus elementos na legislação. Com a Constituição, temos a concepção de direito social e dever do Estado – “universalização”, novas modalidades de gestão democrática e descentralizada: enquanto participação social de novos sujeitos sociais – “Conselhos e Conferências”. A partir de 1990, a Seguridade Social posta na constituinte já fica refém da política econômica, em especial das dotações orçamentárias, ou seja, apresenta-se um “sub-financiamento”.

Como visto anteriormente, o BM inicia a formulação de suas orientações para a política de saúde brasileira, bem antes da constituinte. O BM recebeu o apoio dos governos neoliberais Collor de Melo e FHC, na década de 1990, profundamente engajados na defesa do projeto contrarrevolucionário. Durante o curto governo de Collor de Melo, no início da década de 1990, apoiador do sistema neoliberal que emergia no Brasil, o BM/FMI apresentam dois documentos com orientações para a área da saúde no país: *“Brasil: novo desafio à saúde do adulto”*; e *“A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”*.

O BM passa a abarcar virtualmente nesse período o controle de todas as áreas de desenvolvimento: saúde, educação, habitação, agricultura etc. Como um aparelho multilateral de hegemonia, a estratégia, a partir de 1996, foi a reforma do Estado, na América Latina, através da publicação de um guia, no qual o banco reafirmou orientações para um “Estado mínimo”.

O fortalecimento desse processo ocorre a partir da crise Mexicana e da vitória de Fernando Henrique Cardoso no Brasil; abrindo as portas para o processo de neoliberalização, um receituário apresentado e seguido perfeitamente pelo governo brasileiro. Vale a pena destacar que esse receituário *mainstream*⁹ neoliberal, produzido em 1996 pelo BM, acontece quase que por completo no país brasileiro.

⁹ **Mainstream** é um conceito que expressa uma tendência ou moda principal e dominante. A tradução literal de *mainstream* é “**corrente principal**” ou “**fluxo principal**”. Para mais informações, confira: <https://www.significados.com.br/mainstream>.

Desse modo, foram divulgadas as orientações para as políticas econômicas e sociais, sob a ideologia neoliberal:

Cortes orçamentários drásticos, reforma fiscal, liberalização de preços, liberalização comercial e financeira, privatizações e criação de fundos sociais de emergência. [...] reorganização da estrutura de governo, redução do funcionalismo público e descentralização administrativa; independência do Banco Central; revisão de toda lei trabalhista, a fim de desonerar os empregadores; manutenção do ajuste fiscal e aumento da arrecadação, sobretudo por meio da reforma da previdência; reforma educacional; finalização do ciclo de privatizações, realizando aquelas politicamente mais complexas; reforma do judiciário; constituição de arranjos público-privados para o fornecimento de bens públicos; fixação de novos marcos legais e de supervisão da atividade econômica; e redefinição do pacto federativo (PEREIRA, 2010, p. 372).

Segundo Correia (2005), o documento foi elaborado pelo BM/FMI, em 1995, cujo título era *“A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”*. Foi inserido no Caderno do MARE, sob o nº13, intitulado de *“A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”*, publicado em 1998 dentro de uma série que formava 17 publicações do MARE¹⁰.

Diversos relatórios são elaborados pelo BM e suas orientações seguidas pelos respectivos governos de cunho neoliberal, em consonância com as contrarreformas propostas pelo BM. O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado – PDRE¹¹ é a materialização dessas orientações, apresentadas nesse período. Esses documentos foram formulados no governo de FHC, o qual tinha por objetivo, dentre outros, uma reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS.

Bresser Pereira defendia que, após o Estado social-democrático e o renascimento neoliberal, caminhava-se para uma nova experiência social-liberal¹²,

¹⁰ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

¹¹ Bresser Pereira comanda a equipe de formulação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). Para ele, o Brasil e a América Latina foram atingidos na época por uma dura crise fiscal nos anos 1980, tida pelo endividamento externo. Presente no Consenso de Washington como representante do Brasil, é orientado pelos organismos internacionais BM/FMI/OMC a realizar o Plano Diretor da Reforma do Estado. Segundo Bresser, “iria exigir, de forma imperiosa, disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial” (BEHRING, 2008, p.172).

¹² Castelo (2014) destaca que o Estado no projeto “social-liberal”, tende a deslocar o lugar das políticas sociais para uma forma de contratos executados por organizações públicas não-estatais competitivas, dentro dos serviços de saúde, educação, dentre outros. E tem um caráter ideológico classista neoliberal com intuito de integrar setores da social-democracia e ex-comunistas a um novo reformismo a partir da liberação para o mercado.

que não iria se configurar como um Estado mínimo; apostava na reconstrução do Estado que mantém a responsabilidade com a área social, acreditando no mercado como promotor do serviço, mesmo dentro da própria área social (BEHRING, 2008).

Tal reforma contemplava as orientações do BM/FMI que pretendiam racionalizar gastos na área de saúde pública brasileira. Uma das proposições do governo de FHC estabelecia que os hospitais estatais deveriam ser comandados por entidades públicas não-estatais de direito privado – Organizações Sociais¹³, que culminam com a descentralização do financiamento da saúde da via esfera federal para estados e municípios.

É criada uma interação entre estruturas estatais e aparelhos privados de hegemonia dentro do processo de formulação das políticas públicas, com vista à ocidentalização da sociedade civil brasileira. Esse processo também culminou no surgimento de novos sujeitos sociais, que foram denominados de Organizações não Governamentais (ONGs) e de Fundações e Associações sem Fins Lucrativos (Fasfil's). Em nossa análise, esses intelectuais coletivos privados passam a disputar recursos públicos da política de saúde brasileira com o financiamento do BM e apoio da OMS. Quanto a isso, Casimiro (2018) entende como o deslocamento do sentido de responsabilidade do público para o privado e do universal para o focalizado.

Nesse mesmo período, voltado ao debate das organizações de ações filantrópicas, surge outro importante aparelho privado de hegemonia, o Grupo de Instituições, Fundações e Empresas (Gife). A organização que se autodeclara sem fins lucrativos, tem por missão reunir associados de origem empresarial e familiar que investem em projetos com finalidade pública. Na década de 1990, um ano depois de sua criação, a instituição já contava com o apoio financeiro da Fundação Ford e da Fundação Kellogs dos EUA (CASIMIRO, 2018).

Passava a ser mais um aparelho privado de hegemonia que iria fornecer uma articulação e alinhamento que compõe o universo heterogêneo das Fasfil's, na busca do reordenamento das ações do Estado, em consonância com as orientações do BM, pós-consenso de Washington e de seu projeto de dominação.

Na sua pesquisa, Casimiro (2018) enfatiza a quantidade de Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil, entre 1996 e 2002. Em 1996,

¹³ É sobre a governança de FHC que é aprovada a Lei 9.637/98, que cria o conceito de Organizações Sociais (OS), permitindo que o governo terceirizasse algumas de suas agências e que as OS recebam financiamentos públicos com maior facilidade (BANCO MUNDIAL, 2000).

eram 105 mil; e em 2002, 276 mil entidades, burguesas ou de contestação do modelo hegemônico. Essas entidades totalizaram para a área da saúde, em 2010, 18% delas, capturando parte do fundo público para interesses e lucratividade do setor privado, como direciona os relatórios do BM que debateremos a seguir.

Durante essas contrarreformas na política de saúde brasileira de caráter meramente financeiro, durante o governo FHC, foi criada a OMC cujo objetivo foi fortalecer ainda mais as orientações do BM/OMS para a área de saúde Brasileira. Discutida sua ameaça no I Fórum Mundial de Saúde, a OMC tinha interesses incompatíveis com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social; com poder de decisão defendido pelo Fórum para a saúde mundial. De acordo com Correia (2005), a tríade BM/OMC/OMS impôs um sistema de seguros parciais, em que se institucionaliza a focalização e se naturaliza a exclusão. Tem como formuladora e defensora dessa ideia a OMS, que classifica como nova universalização uma parceria do privado para sua efetivação. Todas essas direções recebiam o apoio da OMS, visto que também é contra um sistema público e universal de saúde.

Como vimos, a década de 1990 é marcada por um gigantesco processo de ocidentalização e expansão da sociedade civil, acompanhado e direcionado ideologicamente por esses aparelhos privados de hegemonia e instrumentos do capital imperialista para uma ideologia de mercado; com as direções em seus documentos de um Estado forte e eficiente, que eram indicados a reformular suas estratégias e mecanismos de expropriação e exploração. Destarte, vale apontar a análise de Behring (2018) sobre esse Estado para garantir os interesses do capital:

O neoliberalismo não minimizou a intervenção do Estado, conforme anúncios de primeira hora, pois esse permaneceu com forte presença na econômica e social, e intensa capacidade extrativa, já que não diminuiu a carga tributária na maior parte dos países, pelo contrário. Tudo indica que a diminuição do peso do Estado vinculou-se mais às privatizações e à diminuição da tributação sobre os ricos, mas sem diminuir a carga tributária, ou seja, sustentando-a cada vez mais sobre o trabalho necessário. O Estado, então, redireciona a alocação do fundo público, sendo elemento constitutivo dessa lógica destrutiva (BEHRING, 2018, p. 50).

É no capitalismo contemporâneo, e só nele, que existe a permanente busca por superlucros e superacumulação. Há uma incompatibilidade estrutural no capitalismo entre a produção socializadora e a apropriação privada da riqueza pela

minoria que detém os meios de produção. Diante dessa forma desigual, os detentores dos meios de produção recebem diminuição de tributos, enquanto os trabalhadores passam a pagar ainda mais, aumentando o grau de exploração e expropriação.

Esse processo adentra as políticas sociais que viram um alvo do projeto orquestrado pelos aparelhos privados de hegemonia do capital, como o BM e a OMS, exemplos reais do plano destrutivo da saúde pública no Brasil, visando apenas à manutenção da acumulação capitalista.

3.4 OS GOVERNOS DO PARTIDO DOS TRABALHADORES: O SOCIAL-LIBERALISMO ENQUANTO VARIANTE DO NEOLIBERALISMO

A partir dessa caracterização mais geral da década de 1990, entendemos que o Brasil, logo após a aprovação da constituinte, experimenta uma nova fase do desenvolvimento capitalista, o neoliberalismo, iniciado já no governo Collor e aprofundando nos governos de FHC. Logo em seguida, o Brasil vive sua segunda campanha eleitoral presidencial democrática, tendo como candidatos à presidência o ex-metalúrgico Luiz Inácio Lula da Silva – candidato pelo Partido dos Trabalhadores (PT); concorrendo, em segundo turno, com José Serra – candidato do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), candidato apoiado por FHC.

Lula é eleito em 2002 com a maior parcela de votos, cerca de vinte pontos percentuais à frente do seu concorrente. É claro que houve um questionamento de qual foi a estratégia usada pelo ex-metalúrgico para chegar ao poder. Sendo ele um candidato de um partido associado à esquerda política no país, a qual não possuía hegemonia. Sader, defensor do governo Lula, afirma que para o êxito da estratégia de campanha houve um redirecionamento da agenda política:

Para isso, promoveu uma operação de reestruturação de sua campanha, incorporando a estabilidade monetária – um tema de consenso nacional naquele momento, a proteção contra a inflação – e o respeito aos compromissos com o capital financeiro, o que implicava na não renegociação da dívida externa e a não taxação do capital financeiro. A imagem do Lula, tradicionalmente associada a denúncias contra a situação política e econômica, uma imagem, portanto, com teor negativo, foi alterada e surgiu o ‘Lula, paz e amor’. A combinação de mudança de discurso e imagem permitiu que Lula triunfasse nas complexas condições dessas eleições (SADER, 2013, p. 139).

Vale destacar que essa eleição foi a quarta tentativa do Lula para chegar à presidência. Porém, como seu próprio defensor afirma, as alianças feitas por Lula pesaram, para que ele pudesse chegar à vitória, já que teve que se aliar ao Partido Liberal – PL, de onde saiu seu vice, José Alencar, grande empresário e ex-senador. Lula ainda usa sua maior jogada, ao apresentar a “Carta aos Brasileiros”. Direcionada, na verdade, ao setor econômico e empresarial, na qual ele afirmava que não iria sequer mexer na instabilidade econômica. Tudo isso porque havia uma falta de confiança do grande capital nacional e internacional na sua pessoa, por ele ser uma figura vinculada a um partido da esquerda, como seu próprio nome diz.

A esperança de uma parcela da esquerda era que Lula realizaria mudanças sociais significativas e que teria uma postura antagônica às iniciativas de contrarreformas que viessem a prejudicar a classe que vive do trabalho. Porém, não foi bem isso que aconteceu. Ele optou por trabalhar com um governo de coalisão. Muitos teóricos apontaram como um projeto marcado por ações programáticas neodesenvolvimentistas, sustentadas pela tese de crescimento econômico e desenvolvimento social.

Nesse processo dialético, Lula adere ao neodesenvolvimentismo, enquanto ações políticas de governo, que nasce como um viés ideopolítico do neoliberalismo, o qual “surtiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto ao socialismo” (CASTELO, 2012, p. 624).

Visto como um aprofundamento da crise do neoliberalismo, esse novo desenvolvimentismo se evidencia por tentar introduzir conceitos complexos como justiça social e equidade em uma sociedade de mercado. Os governos petistas defendiam o argumento de uma política fundada no crescimento econômico com desenvolvimento social, vislumbrando uma nova ideologia que supostamente estaria longe do ideário neoliberal.

Na verdade, segundo Alves (2016, p.113), esse projeto capitalista do neodesenvolvimentismo apresenta-se como uma “nova frente política no interior do bloco histórico de poder constituído no Brasil, integrado ao capitalismo global, é, acima de tudo, um modo de desenvolvimento das misérias modernas do capital”. Ainda na análise de Alves (2016), o conceito de neodesenvolvimentismo possui um caráter farsesco, limitado pelos constrangimentos da ordem do capital na esfera do mercado mundial.

É possível identificar – agora mais que nunca – o social-liberalismo, outra vertente do neoliberalismo que começou a ser implantada no Brasil desde o governo de FHC, mas que somente nos governos do PT, particularmente no segundo mandato de Lula, é que tais proposituras tiveram maior amplitude. Esse projeto ideológico foi requisitado para atuar ativamente nas expressões da “questão social”, com o intuito de salvaguardar as disparidades sociais e econômicas vigentes em tal conjuntura.

Segundo Castelo (2013), com os abalos sofridos na década de 1990, o bloco histórico neoliberal foi remodelado nas velhas bases com uma nova roupagem, apresentando o social-liberalismo como um projeto ideológico classista que retoma a supremacia neoliberal:

O social-liberalismo comporta, portanto, um duplo movimento: a decadência política e ideológica da social-democracia, esvaziada de suas lutas reformistas na construção de uma via democrático-institucional para o socialismo, e a incorporação de uma agenda social ao neoliberalismo. A resultante destes dois movimentos, aparentemente paradoxais entre si, converge em um sentido único: a formação de um novo senso comum, um consenso que ocupa o centro da política mundial e neutraliza as lutas mais radicais de combate às expressões da ‘questão social’, ou mesmo de eliminação do capitalismo (CASTELO, 2013, p. 274).

Em linhas gerais, o social-liberalismo atesta o mercado como sendo a melhor forma de organização social para se produzir riqueza. Castelo (2016, p. 48) verifica a partir de seus estudos que “os governos Lula e Dilma talvez sejam os melhores exemplos do social-liberalismo latino-americano”.

Ao contribuírem também com a análise dos governos petistas, Boschetti e Behring (2018) sustentam a hipótese de que houve no Brasil, nesses governos, deslocamentos em relação às orientações neoliberais mais duras do Consenso de Washington, que, como explicitamos no item anterior, foram implantadas nos anos 1990, realizadas na primeira fase do neoliberalismo no Brasil, com Collor e FHC. Não iremos adentrar à discussão de Singer (2018) e de Sader (2013) que defendem a existência, nessa fase, de um pós-neoliberalismo ou momento reformista.

Defendemos a tese de que não houve ruptura significativa com os elementos centrais do neoliberalismo, tanto no campo da política econômica quanto da política social. Contudo, as ações programáticas neodesenvolvimentistas não se concretizaram efetivamente quando fazemos a mediação das ações políticas e

econômicas dos governos petistas. Gonçalves (2013) chama atenção que durante o Governo Lula houve um aumento na questão da financeirização:

O diferencial de rentabilidade entre o setor real e financeiro está associado ao diferencial de acumulação de capital entre esses setores. A dominação financeira é evidenciada, então, pela crescente relação entre ativos totais dos 50 maiores bancos e das 500 maiores empresas do país, no período 2003-2010 [...]. Essa relação aumentou de 0,995 em 2002 para 1,74% em 2010. Ou seja, antes do Governo Lula, o valor dos ativos dos 50 maiores bancos era praticamente igual ao das 500 empresas; no final do Governo Lula, o valor dos ativos dos 50 maiores bancos era 74% maior do que o valor dos ativos das 500 maiores empresas (GONÇALVES, 2013, p. 108).

Segundo dados do Censo de Capitais estrangeiros, de 2011, divulgado pelo Banco Central, o estoque dos investimentos estrangeiros diretos de participação no capital, cresceu 256% entre 2005 e 2010, variando de US\$162,8 bilhões para US\$579,6 bilhões e atingindo um montante equivalente a 27% do PIB brasileiro. No que tange à industrialização, Gonçalves (2013) aponta um processo de desindustrialização e de dessubstituição de importações, ou seja, *reversão das* ou *antagonismo* às políticas anteriores, do desenvolvimentismo nacional, explicitando o engodo do “neodesenvolvimentismo”. Para o autor, a participação da indústria de transformação no PIB do Brasil reduziu-se de 18%, em 2002, para 16% em 2010. No que diz respeito às políticas sociais, Sitcovisky (2013) destaca como o governo Lula, já em 2003, tenta materializar suas promessas de campanha. O Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome lançou o novo programa Fome Zero. Logo em seguida, no mesmo ano, a política de transferência de renda foi alterada com a criação do Programa de Transferência Direta de Renda com condicionalidades – o Programa Bolsa Família –que desempenhou na época um significativo papel na área social do governo Lula; unificando todas as ações existentes de benefícios de transferência de renda do Governo Federal.

Os programas de transferências de renda ganham destaque nessa época, chamando a atenção do BM e do FMI, os quais passam a cobrar dos países latino-americanos a adoção de uma agenda de luta contra a pobreza. Destacando em seus documentos a defesa por criações de programas de renda mínima aos países que solicitassem empréstimos internacionais. Esse posicionamento do BM e do FMI é carregado de uma estratégia para fazer com que os países de capitalismo

dependente realizassem os empréstimos e ficassem, assim, na sua dependência financeira e política.

As contrarreformas neoliberais continuaram em curso durante os governos Lula, como exemplo podemos destacar: a contrarreforma da Previdência; as privatizações na política de saúde; e o investimento público na educação privada com a bandeira de democratização do ensino. Pelos argumentos colocados por Sitcovisky (2013), sobre os programas de transferência de renda que desempenharam um papel muito importante nesse processo, não resta dúvida de que o PBF possibilitou renda a mais de 13 milhões de famílias, aproximadamente 50 milhões de pessoas. O que significou um marco para a política de Assistência Social no país.

Lula consegue, depois dos seus dois governos, eleger sua sucessora e primeira mulher brasileira a tornar-se presidente do Brasil, Dilma Rousseff, em 2010. Em decorrência disso,

A economia política singular da era Lula teve continuidade em linhas gerais com Dilma, sendo que esta última encontrou um ambiente da economia internacional bem menos favorável que seu predecessor. Podemos considerar que esses 13 anos constituíram um segundo momento do neoliberalismo no Brasil, já que os parâmetros de ajuste fiscal permaneceram vigentes, mas a partir de uma gestão particular, houve impactos materiais positivos sobre a vida dos que viviam na pobreza extrema (BEHRING, 2018, p. 52).

Mesmo com a defesa das ações programáticas neodesenvolvimentistas por alguns intelectuais, torna-se evidente nesses governos a manutenção da segunda fase do neoliberalismo no Brasil. Seus projetos continuaram favorecendo, em proporções maiores, os ricos, em especial o agronegócio e o capital portador de juros; além de abrir as portas do país para o capital estrangeiro gerir nossas políticas públicas, com intuito de criar nichos de acumulação para o capital internacional. Houve também o Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) que acionou o Estado indutor, desbloqueando o gasto público, ativando o mercado interno e cumprindo um pacto com os produtivistas e rentistas.

Foi durante esses governos, que houve a expansão de empregos de baixa remuneração e o aumento da concentração de renda e de riquezas. Porém, é válido mediar, junto à análise de Behring (2018, p. 53), quando coloca que “nesse contexto

de expansão do emprego de baixa remuneração, houve uma nítida redução das pobreza extrema e absoluta”.

Os pobres com renda domiciliar per capita de R\$ 140 tiveram crescimento de 91,2%. Concordamos com essa análise, não resta nenhuma dúvida de que foram mudanças significativas, relevantes e desejáveis, uma vez que se ampliou o poder relativo da classe trabalhadora em bens necessários de subsistência, como também a referência de retirar da invisibilidade uma parte de alguns segmentos da população, antes excluída e marginalizada no Brasil.

Concordamos com Behring (2018) quando relata que devemos saber interpretar o projeto dos governos petistas, para não perdemos o fio condutor da realidade concreta, com argumentos essenciais que possam nos ajudar a construir caminhos de interpretação do papel hegemônico do Estado Brasileiro contemporâneo.

De acordo com a ANFIP (2013), entre 2006 e 2012, foram expropriados do Orçamento da Seguridade Social cerca de R\$ 309.941 bilhões de reais, calculando-se uma retirada de 20% das fontes de recursos da seguridade social para pagamento de juros da dívida pública. Durante esses governos, permaneceram em curso os processos de viés neoliberais, como o exemplo da saúde com a criação da EBSHER, o apoio às Organizações Sociais e os incrementos de uma previdência privada para os servidores públicos na Previdência Social.

Como já afirmamos é importante destacar o papel desses governos petistas, mesmo que mínimos, para as políticas sociais, pois realizaram mudanças relevantes para os que são acometidos pela pobreza extrema. Houve um aumento da qualidade de vida e de trabalho. E mesmo sendo irrelevante para a estrutura do capital, a classe que vive do trabalho sentiu como algo positivo. Behring (2018) denomina de combate à pobreza dentro da ordem e se não seria isso o social-liberalismo. Concordamos com a autora nesse ponto, pois, como vimos, nem o econômico e muito menos o social se assemelharam às projeções desenvolvimentistas, quiçá neodesenvolvimentistas.

Alguns intelectuais (Sader e Singer) chegaram a apresentar as teses de um pós-neoliberalismo na mesma época das teses do neodesenvolvimentismo. Referiam-se à existência de um ciclo virtuoso de crescimento, corroborado pela propaganda oficial do governo Dilma. Criando uma visão mistificada da realidade

concreta ao encobrir a reprimarização, a desindustrialização e o aprofundamento da financeirização.

Ressaltamos a necessidade de reconhecimento das mudanças e as novas mediações. Porém, não houve rupturas significativas com os ditames do neoliberalismo. Isso repercutiu durante esses governos em uma contracorrente aos seus projetos com a agudização das lutas de classes, que foram nacionais, como vimos nas jornadas de 2013.

Uma disputa contra o Governo Federal que reforçava a hegemonia da classe dominante e realizava reformas e ajustes fiscais regressivos, operados no âmbito da seguridade social. Behring (2018) aponta que no Brasil, o “neodesenvolvimentismo”, na verdade, tratou-se de um social-liberalismo: o suporte para o desempenho das funções do Estado na Periferia, no ambiente de crise. Pensamos como a autora, que houve novas mediações, mas não rupturas substantivas. Essa disputa culminou com o golpe de Estado com novas facetas, abrindo assim o que chamamos de um terceiro momento do neoliberalismo no Brasil com a chegada do governo ilegítimo de Michel Temer.

3.5 O GOVERNO DE MICHEL TEMER: O TERCEIRO MOMENTO NEOLIBERAL

No curso das necessidades do capital contemporâneo, especificamente em um momento de recrudescimento do autoritarismo do Estado brasileiro, Dilma Rousseff, em 2016, sofre um *impeachment*¹⁴ – um golpe institucional articulado pelo parlamento, a grande mídia, o judiciário e pelo empresariado interessado. Passando a assumir a presidência da República do Brasil, Michel Temer, vinculado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB¹⁵), representando os setores mais reacionários e conservadores da sociedade brasileira.

¹⁴ Acerca de tal processo, no dia 21 de outubro de 2015, o ex-deputado federal Eduardo Cunha, que na época era presidente da Câmara dos Deputados, aceitou o pedido de *impeachment* elaborado pelos juristas: Hélio Bicudo; Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal. Então, foi atribuída à presidente Dilma a acusação de a mesma ter praticado crime de responsabilidade (neste caso crimes fiscais), como a edição de créditos suplementares sem a autorização do Legislativo, as pedaladas fiscais. As pedaladas fiscais são manobras consideradas crimes de responsabilidade fiscal, feitas com o objetivo de “maquiar” as contas do governo, ou seja, o Tesouro Nacional atrasa o repasse de dinheiro para os bancos públicos, privados e autarquias com o intuito de ludibriar o mercado financeiro, dando a impressão de que o governo está com as despesas menores, para com isso aumentar o superávit primário.

¹⁵ Em 2017, esse partido mudou o nome para Movimento Democrático Popular, voltando à sigla anterior MDB.

As reflexões tecidas por Demier (2017), acerca dos caminhos e vias da história do Brasil recente, orientam-nos para uma interpretação crítica e para a compreensão desses vigentes tempos difíceis. O autor usa o conceito de “democracia blindada” como base teórica para poder refletir sobre o Brasil e parte do mundo nas últimas décadas. No Brasil, essa blindagem tem início, “notadamente, nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso [...] em que tivemos o avanço da revisão constitucional (já iniciada pelo Governo Collor) para a aplicação dos ajustes e das contrarreformas neoliberais” (DEMIER; DURIGUETTO, 2017, p. 13).

Nessa direção, Demier e Duriguetto afirmam que o golpe de 2016:

Foi um golpe no governo articulado por parte dos aparelhos do Estado como o Parlamento, o Judiciário (com aval da Suprema Corte) e a Polícia Federal; pelos oligopólios da mídia, que atuaram abertamente como os agentes fomentadores e indutos do *impeachment*; e pela atuação ativa das diferentes frações das classes dominantes e dos setores médios. Não foi um golpe no regime político, e sim – reiteramos – no governo, o que foi possível pelo próprio funcionamento da institucionalidade democrática restrita, blindada (DEMIER; DURIGUETTO, 2017, p. 14).

Para Demier (2017), a “democracia blindada” são governos que se apresentam como democráticos, mas que negam ao povo as demandas e os anseios populares. Ao se blindar e fechar, não dá abertura para que as reivindicações populares sejam atendidas, nem sequer ouvidas pelos governantes. As democracias blindadas ao redor do mundo fazem parte do projeto neoliberal de gestão burguesa dos Estados, de modo a garantir o contrarreformismo, assegurando medidas impopulares à população como a única saída de solucionar as crises inerentes do capital. Notadamente, a peça fundamental para entender o Brasil e a dinâmica da luta de classes, necessário se faz entender a refuncionalização do Estado.

Assim, a posse de Michel Temer representou a resposta aos anseios mais iminentes do capital, dando continuidade às reformas que estavam tendo dificuldades na aprovação durante o governo anterior petista. Dentre elas, tivemos a “reforma” trabalhista e a “reforma” da previdência social, as quais representaram retrocessos às conquistas civilizatórias do nosso Estado. Tal governo ilegítimo, esboçou um projeto que privilegiou os interesses do capital financeiro e das economias imperialistas, aprofundando ainda mais a subordinação do país.

No contexto de um ajuste fiscal mais radical, os documentos que embasaram as ações adotadas pelo governo de Temer foram: Uma Ponte para o Futuro (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2015) e Travessia Social (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2016). Ambos intensificam as medidas que contribuem para o desmonte das políticas sociais, configurando-se em uma nova fase de contrarreformas estruturais para o Estado e consequentemente para a saúde pública.

No ano de 2015, o PMDB apresentou o documento Uma Ponte para o Futuro que apontava como pautas principais: a premente necessidade de um maior ajuste fiscal, visando a um crescimento econômico; estabilizar em curto prazo a relação Dívida/Produto Interno Bruto (PIB); implementar uma política centralizada de desenvolvimento na iniciativa privada para complementar a oferta de serviços públicos; cooperação do Estado em inserir de forma plena a economia brasileira no mercado internacional; instituir uma reforma previdenciária que estenda a idade mínima para aposentadoria; determinar uma agenda de transparência e avaliação das políticas públicas, para identificar os beneficiários, bem como o impacto dos programas; dentre outras questões (FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES, 2015).

Esse documento mostra-se um programa de contrarreformas que delineia um processo de focalização das políticas, impossibilitando cada vez mais um SUS para todos. A respeito da finalidade de tal documento, Ruy Braga afirma que:

[...] ‘Uma ponte para o futuro’, cuja essência consiste em garantir o pagamento da dívida pública aos bancos à custa da desvinculação constitucional dos gastos com educação e saúde, além de cortes nos programas sociais do governo. Com acréscimo, o documento promete eliminar direitos trabalhistas e implementar uma radical reforma previdenciária, limitando pensões e aumentando o tempo de contribuição dos trabalhadores (BRAGA, 2016, p. 92).

Em meio à discussão do *impeachment*, em 2016, o PMDB apresentou à sociedade brasileira o documento Travessia Social, como a expressão da política social regressiva do programa intitulado Uma Ponte para o Futuro. Em tal documento, as questões centrais se voltam para barrar a crise/inflação e realizar o ajuste fiscal que contará com o corte no orçamento social. Apontava também aprovar no Congresso Nacional o que for necessário para um melhor equilíbrio fiscal estrutural; desenvolver uma nova trajetória de crescimento econômico; qualificar os trabalhadores na perspectiva da competitividade de mercado; formação técnica na

educação; o Estado deve transferir o máximo de setores para a lógica privada estimulando a produtividade e a eficiência; dentre outras proposituras (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016).

No documento da Travessia, no que tange à saúde e ao SUS, enfatiza a necessidade do gerencialismo, a focalização e o estímulo de forma velada da adesão aos planos privados de saúde. “É preciso identificar oportunidades de colaboração com o setor privado, para desenvolver parcerias público-privadas com compartilhamento de riscos operacionais e financeiros” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016, p. 14).

Esses 2 documentos acima citados contribuem para impulsionar as medidas que configuram as contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores. No que se refere aos ataques à saúde e ao SUS, representam concretamente a racionalidade hegemônica da contrarreforma que convém apenas ao capital.

No que diz respeito às iniciativas do governo Temer voltadas à saúde pública, essas representam o curso da contrarreforma na política de saúde na fase mais radical, sob a orientação e racionalização do BM e da OMS, implementando medidas de ajustes econômicos e também privilegiando o setor privado e o filantrópico. Vale a pena ressaltar que a área da saúde é um dos nichos de maior lucratividade a ser explorado pelo capital.

No governo Temer, foram encaminhados o processo de aprofundamento das contrarreformas e a aceleração do desmonte das políticas públicas e universais. Esse governo persiste em um discurso ideológico de crise e da necessidade de acirrar o ajuste fiscal.

Desse modo, o governo Temer é o responsável pela aprovação da EC-95/2016, que congela os gastos sociais por 20 anos. Os impactos para a área da saúde são uma catástrofe. De acordo com a análise de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018):

Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 (vinte) anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja, ao comparar a regra da EC com a atual, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recurso para a saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 15).

Nessa direção, as ações do governo Temer deixaram explícitas a intenção de uma contrarreforma no SUS, desconstruindo a concepção de saúde como uma alternativa emancipatória; e aprofundando a expropriação de direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde. Assim, vivenciamos a expropriação de direitos e políticas sociais para suprir as necessidades da reprodução ampliada e acirrada do capital.

CAPÍTULO 4

AS INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE ENQUANTO APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA: AS EXPRESSÕES DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2003-2018

Este capítulo analisa as tendências propostas pelos aparelhos privados de hegemonia do capital de países imperialistas, como o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) no processo de contrarreforma do Estado e as suas expressões, na política de saúde brasileira. Destarte, é primordial desvelar como as influências do BM/OMS, enquanto aparelhos multilaterais de hegemonia do capital de países imperialistas, fazem ofensivas à Política Nacional de Saúde brasileira? Para tanto, demarcamos o período dos governos petistas e do governo de cunho neoliberal ortodoxo de Michel Temer.

Mediados por um percurso histórico analítico dos documentos formulados por estes aparelhos, o BM e a OMS, no período de 2003 a 2018, retomaremos algumas discussões dos capítulos anteriores ao remetermos à dependência econômica dos países periféricos, ao processo de expropriação, à contrarreforma do Estado e sua expressão na política de saúde e à luta de classes.

Tais documentos, embora sejam elaborados em um envoltório técnico e científico, suas direções apresentam-se em seu cerne político e indutivo, como tratamos nos capítulos anteriores. Tentam disseminar no Brasil um modelo de saúde privatista e totalmente mercadológico, que ameaça o SUS, tratando a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Um dos elementos constitutivos desse processo é o incentivo à “publicização” que visa à transferência de parte da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado; e com isso apresentam direções para o financiamento do SUS, gestão, governança e controle político nos países por eles subsidiados.

Para finalizar o capítulo, tratamos dessas orientações, por esses aparelhos, colocando como intermédio a categoria de dominação e resistência. Percebemos o quanto é importante fazermos a análise de como vem acontecendo o processo da

luta de classe, sobretudo no contexto de espraçamento acelerado da perda dos direitos em meio à ofensiva neoliberal.

Existem dispositivos contra-hegemônicos que resistem às atrocidades dos aparelhos privados na área de saúde brasileira. Neste estudo, pretendemos trabalhar também a resistência dos aparelhos contra-hegemônicos que cumprem uma função de defesa do SUS e de tensionamento às orientações nefastas do seu desmonte, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS)¹⁶. A FNCPS tem sido um espaço de articulação e mobilização contrária ao desmonte do SUS, à privatização da saúde, ao subfinanciamento, desfinanciamento, além de se denominar anticapitalista.

4.1 HISTÓRICO DOS DOCUMENTOS FORMULADOS PELO BM E OMS DE 2003 A 2018: A INFLEXÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Como visto nos capítulos anteriores, o BM inicia a formulação de suas orientações para a política de saúde brasileira bem antes da constituinte de 1988. Como afirma Correia (2005), o órgão recebe o apoio dos governos neoliberais, Collor de Melo e Fernando Henrique, durante a década de 1990, pautados na direção do neoliberalismo no Brasil.

Behring (2008) assevera que esse período é composto por um conjunto de mudanças estruturais regressivas nas políticas de seguridade social, afetando bruscamente o SUS, através da abertura do mercado e da privatização dos serviços públicos de saúde.

Muitos documentos são colocados pelo BM e pela OMS para a política de saúde brasileira durante a década de 1990. Todavia, iremos nos remeter aos documentos advindos desses aparelhos multilaterais de hegemonia durante a década de 2000. O BM e a OMS elaboram outros documentos para orientar as políticas de saúde brasileira, estando o país sob a liderança dos governos petistas Lula e Dilma. Esses governos não abandonaram o receituário neoliberal por completo. E como bem coloca Demier (2017) ficaram longe de contrapor-se.

¹⁶ Criada em 2010, a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Conta também com a presença de movimentos sociais, sindicatos, centrais sindicais, núcleos e/ou setoriais de partidos políticos, professores e estudantes vinculados à saúde em defesa da efetivação dos princípios da universalidade e integralidade (BRAVO, 2011).

Contudo, teriam reforçado a dinâmica da própria democracia blindada¹⁷, atuando em seu maior posicionamento e direção: a de beneficiar o sistema da acumulação capitalista, com políticas compensatórias; as quais, segundo Boschetti (2018), dão continuidade aos processos privatizantes da previdência e da saúde pública.

Para Fontes (2018), o processo de expropriação secundária, é percebido nesses governos, quando suprimem da classe trabalhadora a possibilidade de acessar parte da riqueza socialmente produzida e apropriada pelo Estado, sob forma do fundo público. Nessa época, os governos petistas ampliam e melhoram muitas políticas sociais que beneficiam os mais pobres, mas, em comparação, também houve um maior apoio aos bancos que tenderam a aumentar impostos e tributos à classe trabalhadora.

Durante os governos petistas, é levantada a ideia no Brasil de que havia mudado a governança do Estado, por um partido tido como representação dos trabalhadores. No entanto, a verdade é que ele não rompeu com o receituário neoliberal anteriormente apresentado (BIANCHI, 2017). Os documentos formulados pelo BM foram intitulados de *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”*, de 15 de fevereiro 2007; *“Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo, no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários”*, de 2011; e *“20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde”*, de 2013. Esses documentos significaram a implementação da mudança na gestão do SUS, aprovada no governo Lula e continuada no governo Dilma.

Segundo o que orientava o BM no documento de 2007, deveria introduzir sistemas organizacionais que proporcionem às unidades de gestão cada vez mais liberdade de ação e de autoridade para tomar decisões sobre a gestão de recursos (BANCO MUNDIAL, 2007). Como estratégia política, com a descentralização do SUS em território brasileiro, estados e municípios passaram a gerir os recursos da saúde. O documento direcionou uma pesquisa em seis estados, 17 municípios, 49

¹⁷ Segundo (DEMIER, 2017, p.33) a democracia blindada combina retirada de direitos sociais com a expansão (maior ou menor, a depender do momento e gestor de plantão) de políticas sociais compensatórias, carentes de universalidade, além de um aumento seletivo da repressão estatal voltada aos setores indômitos. Compõe sua estrutura a sua inexpugnável coluna de sustentação midiática, responsáveis pelo fornecimento de altas dosagens ideológicas produtoras de consenso, atuando como principal partido do capital.

hospitais e 40 unidades de saúde. O mesmo estabelecia várias recomendações para a área de saúde brasileira, através de um diagnóstico.

No ano de 2011, o BM lança outro documento específico para a área de saúde brasileira, intitulado *“Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo, no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários”*. Um enorme e bem elaborado projeto que tem como objetivo a modernização do Hospital Universitário (HU), através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). “Pretendem com essas orientações, a inovação tecnológica dentro da gestão, através de pesquisas educacionais de prestações de contas e no gerenciamento desses hospitais” (BANCO MUNDIAL, 2011, p. 68). O documento apresentado afirma que o programa REHUF abrange duas áreas: a renovação da infraestrutura dos hospitais e a modernização da sua gestão e governança, colocando a privatização dos HUs como uma saída para os problemas de gestão do SUS. Propõe a transferência dentro da gestão do HU para uma empresa pública estatal com personalidade jurídica de direito privado, ou seja, a entrega do público ao privado.

Correia (2005) coloca que uma das estratégias nas orientações dos documentos do BM/OMS para o setor de saúde no Brasil foi dividir a atenção básica na rede pública e entregar a média e alta complexidade à rede privada. Há uma separação entre os serviços básicos de saúde, os quais deveriam ser de responsabilidade do Estado; e os serviços ambulatoriais e hospitalares, que deveriam ser geridos pelo Estado e também pelo setor privado – Organizações Sociais e filantropia. Uma estratégia de mercado e de redução de gastos na área, já que, segundo o documento do Banco, em 2013, o SUS tinha a maior porcentagem de gastos federais, cerca de 85% (BANCO MUNDIAL, 2013).

O documento de 2013 do BM apresenta a proposta de Estado mínimo, dando ainda mais abertura às organizações privadas sem fins lucrativos, às Organizações Sociais (OSs), às Parcerias Público-Privada (PPP) e às Fundações Públicas (FP) para a gestão de unidades de saúde. Com isso, coloca-se a política de saúde em uma sombria onda de contrarreformas, apresentadas nos governos Lula e continuadas no governo Dilma, que mostrou sua total ligação com as orientações desses aparelhos privados de hegemonia, adotando alguns traços da velha política nacional, meramente conservadora e neoliberal.

A desestruturação do SUS insere na política de saúde a privatização e a precarização dos serviços a partir dos novos modelos de gestão. Por isso, as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) atuam como estratégia estabelecida pelo BM no documento de 2011.

Uma empresa pública com personalidade jurídica, que tem o objetivo de privatizar os serviços de saúde e educação dos hospitais universitários do país, tem se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos, na área da saúde, para atender aos serviços privados. Esses modelos vêm como justificativa de que os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo, gerencial e de gestão, daí a necessidade das Parcerias Público-Privadas para gerir a saúde. É bom lembrar que Lula deixa esse projeto em adiamento e Dilma sanciona-o em seu mandato.

Através das orientações da Organização Mundial do Comércio, em janeiro de 2015, o governo brasileiro, a partir da Lei nº 13.097/2015, alterou o Art. 142 da Lei nº 8.080/1990, permitindo a participação direta ou indireta de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. Tal ação pode ser realizada por meio de pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar hospitais, policlínicas, clínica geral e especializadas entre outros (CORREIA, 2015). Dada essa abertura, observa-se uma inversão nessa complementariedade, uma vez que o SUS passa a ser mais complementar ao privado do que às instituições e/ou hospitais públicos. E isso propicia uma maior fragilidade da rede pública de saúde, ao privilegiar a compra de serviços privados, ao invés de investir na ampliação e manutenção dos serviços públicos de saúde no Brasil.

O documento do BM – *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil* (2017) apresenta em sua essência um cerne meramente político, que veio compactuar com os desmanches acarretados nas políticas públicas no Brasil, após o chamado golpe de Estado em 2016. Esse documento foi solicitado pelo ministro Joaquim Levy, integrante do escalão da presidenta Dilma, mas, com o golpe de 2016, o material só é lançado durante o governo de Michel Temer.

É pertinente tecer a crítica aos principais argumentos expostos no escrito em torno da defesa intransigente de cortes drásticos do gasto público e que se tenha a

clareza de que o documento está associado a mais uma trama que favorece o capital. O mesmo impõe a adoção de políticas de cunho minimalistas por parte do Estado, na continuidade da destruição dos direitos sociais no Brasil, com foco na área da saúde, em sintonia com as contrarreformas impostas à classe trabalhadora que foram implantadas pelo governo de Michel Temer.

O foco do relatório é na ineficiência produtiva do SUS. E sua prioridade é na eficiência e nos cortes de gastos. Porém, reconhece-se que a partir dos efeitos da EC- 95, aprovada no governo de Michel Temer, a despesa real com saúde irá diminuir nos próximos anos e, portanto, torna-se difícil qualquer possibilidade de falar em eficiência do gasto com uma queda dos gastos federais em relação ao PIB.

Compreendemos que o relatório é técnico e político ao fazer proselitismo da agenda política do BM de Estado mínimo, focalização e seletividade para a política de saúde brasileira. O capítulo “saúde”, do relatório, nega o desfinanciamento crônico do SUS e a tentativa de privatização, mas não é o que se mostra durante suas deliberações para a política de saúde brasileira, compactuando e reforçando sucessivas contrarreformas que impedem a materialização do SUS ser 100% estatal.

Os planos de saúde “populares” ou “acessíveis” representam a possibilidade de rentabilidade para o setor privado e um prejuízo incalculável no campo do direito à saúde. Segundo Silva (2017), essa é a estratégia de um intelectual coletivo contemporâneo que representa o setor empresarial da saúde. O Instituto Coalisão Saúde – ICOS “intitula-se uma associação cível e privada, de âmbito nacional e sem fins lucrativos. Tem como objetivo principal congregar e articular os princípios integrantes da cadeia produtiva privada da saúde” (SILVA, 2017, p. 37).

Destarte, as empresas de planos de saúde de pequeno porte, como a Federação Brasileira de Planos de Saúde (Febraplan), ameaçadas de perder o espaço para o grande setor empresarial, a exemplo do ICOS, lançaram um projeto com a ideia de um novo sistema de saúde para o Brasil, em abril de 2018. Elas visam que até 2038 metade da população ver-se-á obrigada a contratar um plano de saúde privado. Segundo o projeto, em 2038, apenas 50% da população terá acesso ao SUS, e o sistema poderá ser privatizado. Apoiados nesse relatório do BM, colocam em sua proposta a desconstrução do SUS por meio de sua capacidade de financiamento. Segundo o deputado federal Amin (PP-SC), a outra justificativa está no fato de o SUS ser “um projeto comunista e cristão”. Vemos a defesa truculenta

baseada no neoconservadorismo que assola a sociedade brasileira na contemporaneidade. Vivemos tempos sombrios que necessitarão de uma rearticulação do aparelhamento da sociedade civil na defesa dos direitos sociais e da saúde pública que passa por tempos tenebrosos.

As contrarreformas têm impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população. Entretanto, faz-se necessário chamar a atenção que o enfrentamento a esse gasto tributário (renúncia fiscal) crescente, ou seja, sua redução deve ser acompanhada de mecanismos os quais garantam que a entrada de recursos deva ser destinada, de forma vinculada, ao Fundo Nacional em Saúde. Se isso acontecer de forma contrária,

[...] sua diminuição nada garantirá que o Governo Federal transfira os recursos decorrentes para a área da saúde, de forma a ampliar os recursos do SUS, principalmente porque há anos (desde 1994) o Governo Federal vem se apropriando dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), atualizada pela EC 95, para assegurar o pagamento de juros da dívida, em respeito à política de manutenção do superávit primário (até 2014) e corte dos gastos das políticas de direitos sociais, como a saúde (MENDES; CARNUT, 2017, p. 2).

Esses planos fazem parte das orientações do BM. Nesse sentido, as contrarreformas têm impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população, bem como têm estimulado a expansão do setor privado. O governo de Michel Temer, de ideário neoliberal, cumpriu à risca tais orientações. Um ataque brutal à seguridade social, em parceria com a bancada conservadora do Congresso Nacional, a qual ataca levemente os direitos sociais dos trabalhadores e a política de saúde, com direções nas mudanças da política de saúde mental e na extinção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Vale destacar ainda a greve dos caminhoneiros no Brasil, em 2018, também chamada de “Crise do Diesel”. Uma paralisação de caminhoneiros autônomos com extensão nacional iniciada em 21 de maio. Os grevistas se manifestaram contra os reajustes frequentes e sem previsibilidade mínima nos preços dos combustíveis, principalmente do óleo diesel, realizados pela estatal Petrobras com frequência diária. Eles lutaram pelo fim da cobrança de pedágio por eixo suspenso. O que significou a paralisação e os bloqueios de rodovias em 24 estados e no Distrito

Federal, causando a indisponibilidade de alimentos e remédios ao redor do país, escassez e alta de preços da gasolina, com longas filas para abastecer.

O movimento não recebeu apoio das centrais sindicais, que, segundo elas, pareceu confuso, sendo apontado por muitos analistas como locaute. O movimento foi uma mescla com caráter heterogêneo da greve. Havia pedidos de intervenção militar e outros contra a corrupção, em nome da defesa da democracia. Por falta de apoio da população que não foi às ruas, sendo que mais de 80% dizia apoiá-los, segundo pesquisas, o movimento foi desarticulado pelo governo Temer. O então presidente usou da coerção militar para inibir os manifestantes e ofereceu a proposta de redução de R\$ 0,46 centavos no litro do diesel.

Esses R\$ 0,46 centavos custaram muito caro para esses caminhoneiros e a população em geral. O maior ajuste fiscal da história do país é a resposta de Temer. O ataque foi diretamente às políticas sociais de educação e saúde, visto que, no dia seguinte, o governo retirou R\$ 135 milhões do SUS. Além desses cortes orçamentários, o impacto também foi ampliado por redução na arrecadação, dado que o COFINS é um recurso importante e a diminuição do seu repasse se soma ao subfinanciamento crônico vivenciado pela área da saúde, que em outras palavras, colaboram com as atuais orientações do BM para o desmantelamento do SUS.

Em agosto de 2018, a OMS lança o documento *“30 anos de SUS, que SUS para 2030?”*. Um documento elaborado em 12 capítulos que traz um balanço de pesquisas realizadas por esses intelectuais para a política de saúde brasileira. Essa pesquisa tem como direcionamento para uma agenda com alcance do SUS para 2030. A proposta é na análise do subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela crise econômica e pela austeridade fiscal. Argumenta a importância de se reforçar o enfoque da Medicina de Família e Comunidade na melhoria e na resolutividade dos serviços de saúde do SUS; na incorporação de novas tecnologias fechando com a falácia da garantia dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, colocando a ideia de fortalecimento do SUS.

Os referidos aparelhos privados de hegemonia BM/OMS voltam a comparar o Brasil com países imperialistas, não levando em consideração a situação de dependência e suas particularidades e comparando o que, em outras palavras, seria incomparável, tendo por base o percentual do PIB que corresponde ao gasto na política de saúde dos países imperialistas e ao que é gasto com a política de saúde no Brasil. Lembrando que o aspecto fundamental dessa dependência é a

superexploração dos trabalhadores, da qual, segundo Osório (2018), o capital local e internacional se apropria.

E essa apropriação inclui valores que compõem o fundo de consumo e da vida dos trabalhadores para manter a acumulação de capital, sendo a política de saúde pública uma ferramenta essencial dessa expropriação. O que respinga naqueles que necessitam do serviço público e de qualidade: a classe trabalhadora.

Ainda durante o governo Temer, o BM lança o documento “*Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*”, em dezembro de 2018. O foco é a privatização cujo discurso argumenta que no Brasil existe pouca ou inexistente cooperação entre os sistemas público e privado de saúde; também comparando nosso SUS com sistemas de países imperialistas. Em suma, o documento foca no processo de privatização na APS, porém, ele é um resumo de todos os relatórios colocados anteriormente. As 16 páginas, desse documento, apresentam elementos que coadunam com cada documento analisado aqui desde 2007.

Mais uma vez ratificamos que esses planos orientadores do BM recebem total apoio da OMS que o classifica como “nova universalização da saúde”. Por isso que as contrarreformas têm impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população, bem como têm estimulado a expansão do setor privado.

Mediante isso, observamos como, na época, o governo golpista de Michel Temer, de ideário neoliberal ortodoxo, seguiu à risca essas diretrizes, desencadeando ações que ferem os direitos sociais trabalhistas, colocando em cheque as políticas públicas no setor da saúde.

4.2 O BM E A OMS: AS PROPOSIÇÕES PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A partir da análise dos documentos e das proposições feitas pelo BM e pela OMS, entre 2003 a 2018, para a política de saúde brasileira, apresentamos importantes elementos na direção de responder à nossa questão de pesquisa, pautada em desvelar como as influências do BM/OMS, enquanto aparelhos multilaterais de hegemonia do capital e de países imperialistas, fazem ofensivas à Política Nacional de Saúde brasileira?

No intuito de organizar e mediar com a particularidade histórica que cada documento é apresentado pelo BM/OMS e suas formulações, a partir dos resultados da pesquisa, identificamos os elementos prioritários abordados e divulgados pelos aparelhos privados de hegemonia, sendo estes: a política de saúde; a reforma gerencial; os gastos em saúde; e a relação público/privado. Evidencia-se nas análises o quanto as direções dos aparelhos privados hegemonia BM e OMS são prejudiciais para o SUS, porquanto tendem a favorecer o capital através de um duro processo de expropriação e mercantilização dos serviços essenciais em saúde, no intuito de transformá-los em nichos de acumulação capitalista.

4.2.1 A política de saúde

No que se refere à política de saúde, os materiais apresentam pontos estratégicos para cada conjuntura do período do estudo (2003-2018). Porém, em determinados momentos, cada documento tende a se alinhar com algumas características e direcionamentos semelhantes, mas que se diferenciam por conta do lapso temporal que os separam.

Vale salientar que o envoltório político que os permeia parte das características estruturais que particularizam o capitalismo dependente e sua dinâmica interna, a exemplo do Brasil e de outros países latino-americanos. O BM/OMS, enquanto aparelhos privados de hegemonia, podem influenciar politicamente e economicamente através de suas proposições, principalmente os países dependentes.

Desse modo, faz-se necessário compreender a relação entre o Estado e o capitalismo, visto que, desde os seus primórdios, como afirma Mandel (1990), ocorreu no sentido de facilitar aos capitalistas usarem de sua propriedade para explorar quem não a detinha. Ora, o fato é que o Estado é requisitado

para criar e manter o sistema da propriedade e o da não propriedade, tendo seu poder sido utilizado para apoiar todo o processo de expropriação, mas também para garantir que os expropriados, uma vez liberados de seus meios de produção e sustento, se mantivessem nessa condição (MAURIEL, 2018, p 248-249).

É através das contradições que o sistema de proteção social se fundamenta dentro do capitalismo, baseado na exploração posta pela relação capital e trabalho.

A venda da força laboral propiciada pelo capitalismo e pelo Estado é apresentada pelas ideologias liberal e neoliberal. O processo de exploração dos trabalhadores é justificado na forma da lei, quando esta permite operações econômicas e políticas de submissão, violência e coerção encobertas pelo próprio Estado.

Portanto, no capitalismo temos um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital, adquirindo uma forma particular no capitalismo dependente, ou seja, economias que participam de forma subordinada da dinâmica das economias imperialistas do sistema capitalista a nível mundial. Vemos o exemplo do Brasil que tem sua história marcada por um desenvolvimento econômico desigual interno. Diferencia-se também a forma de expropriação, exploração e dominação estatal, caracterizadas por Marini (2011) de superexploração do capital.

Marini (2011) assevera que a dependência se dá por parte das relações desiguais de produção, com a afirmação que as nações imperialistas detêm o poder e controle do mercado dos países por elas subsidiados. A superexploração é

Usada como mecanismo de compensação para aumentar a massa de valor produzida, a superexploração da força de trabalho, é o efeito de troca desigual, é o aguçamento dos métodos de extração de trabalho excedente, com reação da economia dependente do plano da economia interna à punção realizada pela mais-valia apropriada pelo centro imperialista ao mercado mundial (MAURIEL, 2018, p. 251).

A importância de entender essa relação de subordinação dos países de economia dependente, a exemplo do Brasil, remete-nos a concluir que o Estado, nesses países, reproduz condições subordinadas, a fim de favorecer processos econômicos e políticos dos centros imperialistas. Destarte, os aparelhos privados de hegemonia BM/OMS são usados como instrumentos essenciais na garantia do aprofundamento dessa dependência e da dominação, através de empréstimos, com a falácia de projetos de desenvolvimento e fim da pobreza dessas nações dependentes.

É mediante a concepção do Estado mínimo nas economias dependentes, que tecemos nossas análises para a política de saúde brasileira, uma vez que ela passa também a receber especificamente orientações dos países centrais, através do BM e da OMS. Logo após a aprovação da constituinte, em 1988, o empresariado brasileiro, que não tinha mais a ditadura empresarial militar para garantir a coerção

instantânea das reivindicações populares, procura se habilitar na tentativa de se converter aos projetos traçados pelo BM de combate à pobreza, agindo através da disseminação de aparelhos privados de hegemonia nacional, sob orientação do aparelho multilateral de hegemonia, o BM.

Os aparelhos privados de hegemonia nacionais recebiam financiamento do empresariado brasileiro e tinham o objetivo de bloquear as consolidações e execuções das conquistas constitucionais que diziam respeito às políticas universais, caracterizadas de filantropia empresarial (CASIMIRO, 2018).

No final da Década de 1980, houve o Consenso de Washington (1989), no qual se apresentou um receituário para os países de economias dependentes, incluído o Brasil. Foi baseado na liberalização comercial, na desregulamentação financeira e ampla da economia e nas privatizações de empresas públicas como itinerário supostamente válido para todas as sociedades.

No Brasil, a década de 1990 é marcada pelos governos de ideário neoliberal de Collor de Melo e FHC. O Estado passa justamente pelo debate acerca do seu tamanho, recebendo direções do Consenso de Washington e dos aparelhos privados de hegemonia (BM e FMI). Uma expressão do processo de contrarreforma do Estado brasileiro foi a apresentação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), em 1995. O instrumento apontava a crise brasileira enquanto uma crise do Estado, o qual precisava de uma reforma estatal dura.

Nesse período, o BM apresenta diversos documentos para a saúde brasileira. Esses não serão aqui analisados, por não se inserirem em nosso período de análise, porém, foram basilares para o incremento do Programa Nacional de Publicização (BEHRING, 2018) posto por FHC. E isso possibilitou a adesão dos aparelhos multilaterais de hegemonia aos serviços públicos em saúde pelos aparelhos privados de hegemonia nacionais, por meio das Parcerias Público-Privado (PPP) e da criação das Organizações Sociais (OS), através da Lei Nº 9.637/98 para gestão das políticas sociais, incluindo a saúde.

Nos anos 2000, com os governos petistas, o processo de apoio ao capital privado tem continuidade. O primeiro documento divulgado para a saúde brasileira foi *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”*. Emitido em 15 de fevereiro 2007, adentra ao cenário político brasileiro com uma pesquisa ampla em alguns estados e municípios. O objetivo foi analisar a estratégia política com a

descentralização do SUS em território brasileiro, no momento em que os estados e municípios passaram a gerir os recursos da saúde. A pesquisa foi realizada em 06 estados; 17 municípios; 49 hospitais; e 40 unidades de saúde e estabeleceu várias recomendações para a área de saúde brasileira através de um diagnóstico. Houve a parceria dos representantes de cada estado e município objeto do estudo. Vale a pena ressaltar que o contexto político de realização da pesquisa foi durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

A partir dos resultados da pesquisa, o BM passa não só a realizar empréstimos a nível federal, mas também a emprestar para financiamento de projetos aos estados e municípios, com intuito de torná-los ainda mais dependentes de suas recomendações. É nítido que o documento reforça as direções da ideologia neoliberal com intuito de disseminar e aprofundar a situação de dependência e favorecer o sistema capitalista.

O neoliberalismo aprofunda as relações de dependência. A adoção de políticas de ajuste fiscal fora não apenas imposta por organismos multilaterais, mas referendados pelas grandes burguesias com atuação nos países dependentes. A ruptura de limites anteriormente existentes para a mobilidade do capital portador de juros passa a se constituir como uma alternativa para contornar a tendência decrescente da taxa de lucro e consiste em um dos principais traços da financeirização (BRETTAS, 2017, p. 63).

Behring (2018) comunga com Brettas (2017), afirmando que todos os governos atacaram a Seguridade Social ao longo do ambiente de ajuste fiscal permanente para pagamento dos juros da dívida pública. A pesquisa realizada pelo BM, no documento de 2007, aponta que as áreas de análise vão na direção desses elementos do neoliberalismo e do ajuste fiscal, as quais foram incluídas no arcabouço da pesquisa da seguinte forma: (i) planejamento e elaboração de orçamento financeiro; (ii) execução orçamentária e ajustes fiscais; (iii) gestão de materiais; (iv) gestão de equipamentos e instalações; (v) gestão de recursos humanos; e (vi) gestão de produção. Os dados foram coletados por meio de um instrumento de pesquisa aplicado *in loco* por pesquisadores do BM, sendo complementado por entrevistas com pessoas-chave e com análise de dados secundários dentro da política de saúde.

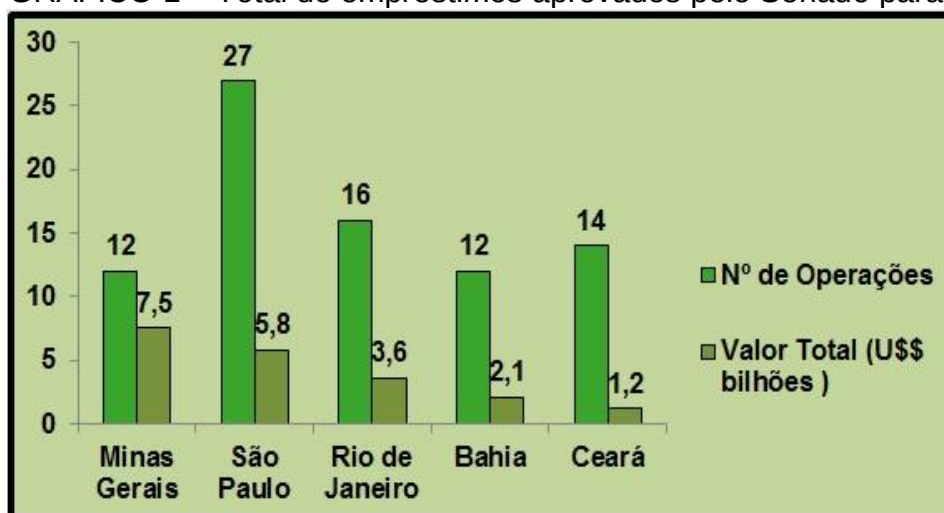
A amostra incluiu seis estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará, Mato Grosso e Amazonas), tendo uma variedade de características

socioeconômicas e níveis diferenciados de desenvolvimento institucional; e 17 municípios dentro desses seis estados; e também hospitais e unidades de saúde nesses mesmos territórios. O intuito do BM no relatório de 2007 é o aprofundamento da dependência do país, objetivando receber apoio político de estados e municípios, além do Federal.

Os principais elementos apontados ao final dessa pesquisa, com estados e municípios, foram o de ampliar os mecanismos dos novos modelos de gestão com base na eficiência, tais como “contratos de gestão que obriguem os gestores a focar no sistema de metas e resultados” (BANCO MUNDIAL, 2007, p.7). Observa-se que são propostas para o monitoramento que visam ao melhoramento do desempenho organizacional, apoiando as reformas com base na privatização dos serviços, através de empréstimos para execução de projetos dos municípios e estados pesquisados.

Em 2012, vários estados já haviam realizado empréstimos bilionários, vejamos no gráfico a seguir:

GRÁFICO 1 – Total de empréstimos aprovados pelo Senado para Estados

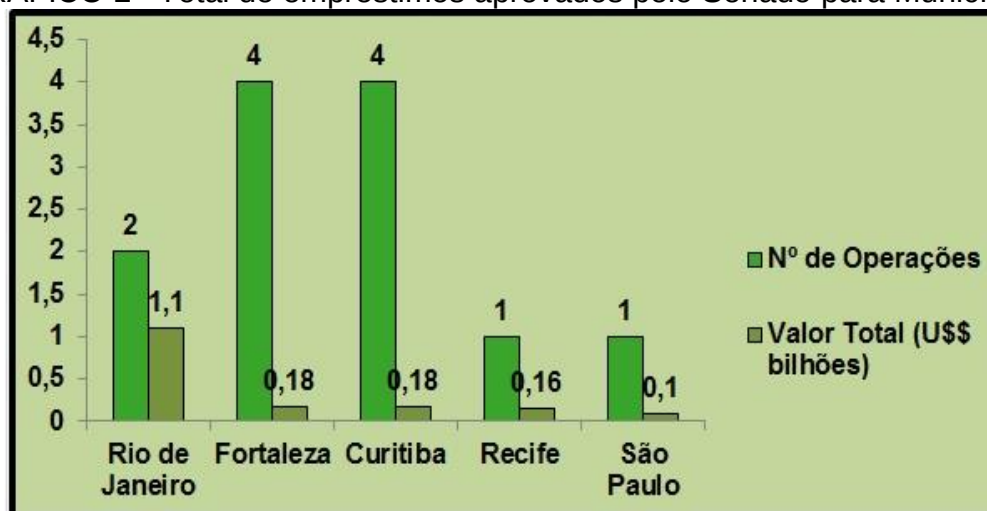


Fonte: Comissão de Assuntos Econômicos do Senado (2012).

Como identificamos no gráfico, o estado de São Paulo foi o que mais realizou operações. Foram exatas 27 movimentações dessa natureza e um montante de 5,8 bilhões de reais. No entanto, Minas Gerais, apesar de ter realizado apenas 12 operações, pegou emprestado um montante de 7,5 bilhões de reais. Os estados do Rio de Janeiro, Bahia e Ceará apresentam a mesma porcentagem em números de operações de Minas Gerais, porém, com empréstimos de até 3,6 bilhões de reais, caso do Rio de Janeiro.

Os empréstimos cedidos pelo BM a estados e municípios reforçam a situação de dependência brasileira, alargando o endividamento que será pago através de duras medidas a serem realizadas por dentro das políticas sociais, a exemplo das que são ligadas à saúde. Vejamos esses empréstimos a nível municipal no gráfico a seguir, no mesmo período de 2012:

GRÁFICO 2– Total de empréstimos aprovados pelo Senado para Municípios



Fonte: Comissão de Assuntos Econômicos do Senado (2012).

No gráfico 2, percebemos que as cidades realizaram nesse período menos empréstimos que os Estados. As cidades de Fortaleza-CE e Curitiba-PR têm maior índice de operações com 4 cada uma, somando um montante de 0,18 bilhões de reais em empréstimos por cidade. O Rio de Janeiro-RJ, apesar de ter realizado apenas 2 operações, aparece com maior valor em empréstimos, somando 1,1 bilhões de reais. Enquanto que Recife-PE e São Paulo-SP não ultrapassaram mais de 1 operação no período.

Os dados coletados foram da Comissão de Assuntos Econômicos do Senado, pois todas as operações precisam passar pela sua devida aprovação antes da realização. Como vemos nos gráficos, os valores são exorbitantes, chegam a passar de uma operação por estados e municípios, podendo ser um caminho sem volta para o gasto público dos mesmos.

No que se refere aos empréstimos, o *Documento de Avaliação do Projeto sobre a Proposta de Empréstimo no Montante de U\$150 milhões para o Brasil para o Projeto de Modernização de Hospitais de Universidade Federal* de 2011, proposto pelo BM. Foi feito através da elaboração de um projeto de cunho governamental

intitulado *Relatório de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais*, de 2011. Tinha como objetivo a modernização do Hospital Universitário (HU), através do programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). É importante destacar que o documento foi uma solicitação do presidente Lula, que antes de deixar o cargo, já encaminhou em seu último dia de governo a MP nº 520/2010, que propõe a criação da EBSEH. A MP passou a ser executada e sancionada como lei no primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff, durante o qual foi criada:

[...] a EBSEH, através da Lei Nº 12.550/11, introduzindo a lógica gerencial e a existência de diferentes vínculos dos trabalhadores dos HU, o que tem propiciado contradições para os que são Regime Jurídico Único e os que são contratados sob regime da nova legislação trabalhista; Lei Nº 13.097/15 que abre para o capital estrangeiro gerir a saúde (SILVA, 2017, p. 27).

Pelo menos 40 dos 50 hospitais universitários federais estão, hoje, sob gestão da EBSEH. Em sete anos, a empresa pública vinculada ao MEC conseguiu acordos com mais de 75% das unidades de saúde ligadas às instituições federais de ensino superior. De acordo com a Rede EBSEH (2020), do restante de hospitais, oito pertencem à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que decidiu não fazer parte da rede. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS) é empresa pública, portanto, não pode ser administrada por outra. Já o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (HU/Unifesp) faz atendimentos particulares, por isso, não pode fazer parte da rede.

As contrarreformas, como afirma Behring (2008), intensificam-se nesse período. A política de saúde continuou sofrendo diversos ataques durante os governos petistas, que foram os responsáveis por abrirem as portas para o capital estrangeiro passar a gerir nossa política de saúde pública. A ligação com a ideologia neoliberal se intensifica, garantindo conglomerados financeiros ainda maiores para o sistema capitalista.

As adesões às orientações do BM para a saúde nesse período são nítidas. Brettas (2017) expõe que a análise da configuração de políticas da Seguridade Social, com destaque para política de saúde, que se depara com essa lógica contraditória, “permite ampliar a abrangência em relação ao período anterior, mas

servindo como mecanismo para viabilizar melhores taxas de lucratividade para o grande capital, sob hegemonia rentista” (BRETTAS, 2017, p. 68).

O documento do BM de 2013, *“20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do sistema único de saúde”*, conta com o apoio do governo Dilma para continuar com as reformas, colocando enquanto prioridades a serem seguidas. O BM mais uma vez expressa a defesa da ineficiência gerencial e de governança.

Em 2016, os projetos financiados pelo BM em países de capitalismo dependente no setor da saúde já estabeleciam a maior porcentagem em comparação às outras áreas, com porcentagem de 31% (BANCO MUNDIAL, 2016). Aprofunda sua política com ideologia neoliberal. Sob o mote de uma suposta crise fiscal os aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS argumentam que a reforma é necessária, pois a privatização dos serviços de saúde exige menores gastos públicos e mais lucro para o capital, uma vez que o setor público deve atender apenas aos mais pobres (BANCO MUNDIAL, 2016).

As reformas são colocadas nos documentos com o seguinte enfoque:

Em paralelo, os empréstimos para financiar projetos partem da estratégia de garantia do desenvolvimento, colocado que o Estado adote enquanto desenvolvimento institucional, a partir da ideia que é preciso (re)construir a capacidade do Estado. Essa modalidade de ação do BM impulsiona a remodelagem da administração pública de forma parcelada, quase cirúrgica (PEREIRA, 2015, p. 52).

Em 2016, o processo de contrarreforma na política de saúde amplia-se com o golpe de Estado e com a entrada do governo ilegítimo de Michel Temer. Um ajuste fiscal ainda mais duro e várias medidas são tomadas no sentido da regressividade dos direitos sociais conquistados:

[...] 1) a aprovação da Emenda Constitucional Nº 95/2016 conhecida por PEC do Teto dos Gastos Públicos, que instituiu o chamado Novo Regime Fiscal e congela os investimentos em áreas como saúde e educação por 20 (vinte) anos, inviabilizando o SUS; 2) mudanças na forma de financiamento do SUS, através da portaria 3.992/2017, que extingue 06 (seis) blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento) para as transferências fundo a fundo dos recursos federais do SUS para estados e municípios [...]; 3) na política de saúde mental, também são apresentadas mudanças significativas que se contrapõem à Reforma Psiquiátrica (RP), que

vem sendo construída no Brasil, desde a década de 1980. Atualmente está em discussão pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), um conjunto de medidas que apontam graves retrocessos neste setor (SILVA, 2017, p. 28).

Durante o governo ilegítimo de Michel Temer, é lançado pelo BM o documento *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil*, de novembro de 2017. Com um bom suporte técnico e político, propõe uma agenda baseada no Estado mínimo, com recomendações para focalização e seletividade na política de saúde brasileira

Coloca-se como principal orientação nesse relatório a intervenção governamental no campo social, mas, de maneira focalizada e mínima. O relatório foi apresentado por meio de uma política social e no capítulo da saúde atribui-se explicitamente ao SUS as ineficiências inerentes aos gastos públicos, visto “que gasta mais do que pode” e, além disso, “gasta mal”; o documento também orienta o fim dos hospitais de pequeno porte em cidades com poucos habitantes.

Essas direções conseguem um apoio favorável a serem seguidas, pois o governo Temer apoia os ditames neoliberais com aprofundamento das contrarreformas explícitas também nos documentos:

Com o advento do governo Temer, é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores, como pode ser observado nos documentos Agenda Brasil (CALHEIROS, 2006); Uma Ponte para o Futuro (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015); e Travessia Social (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, [2016]) (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 11).

Intensificam-se as contrarreformas e o processo de privatizações não clássicas na saúde. O documento que batizamos de “*Um Ajuste injusto*” vem só engrossar o caldo do congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, mediante a aprovação da EC 95. O documento de 2017 do BM também aponta apoio às mudanças realizadas por Temer. No que diz respeito aos hospitais psiquiátricos, mediante a retração e desfinanciamento da política de saúde mental, o “Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.13). Seguindo a lógica proposta pelo texto de 2017 do BM, de um

desfinanciamento na saúde, Temer, ancorado por essas proposições, aplica medidas regressivas também na Atenção Primária à Saúde:

Outra medida do Ministério da Saúde, regulamentada pela portaria Nº 1.717/2018, foi o descredenciamento de unidades de Saúde da Família em todo o país, cuja justificativa se deve ao descumprimento do prazo para cadastramento no sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Nesse sentido, não se vislumbra a construção de alternativas para melhorias na rede de AB, mas o contrário: a redução da porta de entrada do sistema de saúde, quer dizer, a extinção dos serviços que atendem a maioria dos problemas de saúde da população (BRAVO; et al, 2019, p. 149).

Com o desfinanciamento da Estratégia Saúde da Família, Temer recebe apoio em meio ao seu mandato golpista, do documento “*30 anos de SUS, que SUS para 2030?*”, de agosto de 2018, colocado pela OMS e elaborado em 12 capítulos sintéticos, traz um balanço de pesquisas realizadas pelos intelectuais coletivos da OMS para a política de saúde brasileira. O foco é na elaboração de uma agenda com alcance do SUS para 2030.

O documento realizou questionário explorando opiniões sobre os seguintes aspectos: direito à saúde; relações federativas; modelos de atenção à saúde; marcos legais do SUS e da judicialização; financiamento; e relação público-privada. Apresenta-se no referido relatório a importância de manter a Atenção Primária de Saúde (APS) e mostra também o avanço da Estratégia Saúde da Família (ESF), sobre a qual se evidencia a satisfação dos entrevistados ao falarem bem dos serviços.

A ESF continua sendo a estratégia prioritária, mas as mudanças permitem o reconhecimento de outras formas de organização nos territórios. Há mudanças também na forma de financiamento, que poderão ser realizadas para as equipes de atenção básica menores ou fora do antigo padrão. Essa revisão revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF, rompe com a centralidade na organização do SUS, ameaça a presença do agente comunitário de saúde como integrante dos profissionais de atenção básica e introduz o conceito de cesta básica de serviços em consonância com as recomendações do BM (SILVA, 2017, p. 29).

Entendemos que o documento de 2017, colocado pelo BM um ano depois da aprovação da EC 95 (2016), oferece respaldo e segue a mesma direção destrutiva para o SUS em 20 anos. Logo, teremos um SUS, em 2030, ainda mais sucateado por falta de financiamento necessário. O impacto será estrondoso, pois no futuro a

população idosa será bem maior, adoecendo com mais frequência. Ambas as direções, tanto do documento do BM de 2017 quanto da OMS de 2018,

[...] remetem à ideia de cuidados mínimos presentes na concepção da Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, pautada na restrição do acesso à assistência, à parcela da população mais pobre ou em agravos mais comuns (BRAVO *et al.*, 2019, p.149).

Ainda no mandato de Temer, ele solicita ao BM o documento “*Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*”, de dezembro de 2018, com a mesma defesa do proposto em 2013. Este apresenta que o SUS enfrenta desafios que exigem o aprofundamento da reforma da saúde. De acordo com o documento do BM de 2018, as novas reformas deveriam alterar a atual estrutura de incentivos por meio da introdução da concorrência entre provedores de serviços de saúde, de mecanismos de compartilhamento de custos e de menos fragmentação da prestação de serviços de saúde.

São apresentadas algumas propostas de reformas do SUS, as mesmas que defendemos enquanto contrarreforma, porque expõem tendências que retiram direitos conquistados. Essas propostas são expressas com a seguinte direção: aumentar a eficiência, a efetividade e a qualidade dos serviços do SUS, de forma a garantir a sua sustentabilidade a médio e longo prazo.

As recomendações apresentadas baseiam-se em análises técnicas propostas pelo BM, revisão da literatura nacional e internacional e uma série de debates e discussões com gestores, profissionais do setor e pesquisadores. Põem como desafios para a consolidação do SUS a ineficiência dos serviços, uma vez que, supostamente, se gasta muito e gasta-se mal; que se deve privatizar para se ter uma melhor eficiência e é exigida a reforma dos modelos de atenção, financiamento e gestão. Esse documento foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde, no ano de 2018, no intuito de receber o apoio do mesmo, porém o mesmo não deu apoio, e colocou-se contra as proposições.

O principal pilar da reforma proposta consiste na reorganização dos serviços e finanças do SUS em torno de redes integradas de saúde (Rede de Atenção à Saúde- RAS). Com o discurso da modernização, também é feita a mesma defesa do documento de 2017: *Um Ajuste Justo*, o qual defende o sistema de focalização na pobreza, sendo claramente importante esta classificação para se ter acesso aos

serviços públicos e, ainda, apresenta apoio à criação dos Planos Populares ou Acessíveis de Saúde, defendido pela OMS enquanto nova universalização da saúde:

[...] o MS editou a Portaria Nº 1.482/2016 para estudos da proposta encaminhada, a Agência Nacional de Saúde (ANS) para fins de formação de grupo de estudo sobre a questão e também a Câmara dos Deputados formou uma Comissão Especial dos Planos de Saúde, que pretende colocar em votação a nova lei em 2018. Essa proposta é apresentada com 30 imensas restrições de cobertura, pretende acabar com o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde e permite reajustes para idosos. Para a ABRASCO (2017, p. 1), ‘o cerne da proposta é a tentativa de formalizar a segmentação assistencial e de legalizar os tais planos populares. Isso representa um grande risco à saúde dos usuários dos planos e de todo o povo brasileiro, pois repercutirá negativamente no SUS’ (SILVA, 2017, p. 30).

Outra proposta da OMS é a da Cobertura Universal da Saúde (CUS), com defesa no conceito restrito de universalidade e de equidade. Pressupõe o funcionamento de um sistema, no qual predomina o mecanismo de compra e venda dos serviços de saúde. O intuito do direcionamento da OMS é o aumento da participação do setor privado e a introdução de uma cesta básica de serviços de saúde, a fim de focalizar os serviços públicos de saúde para os mais pobres e o mercado para os demais (SILVA, 2017).

O documento de 2018 é apresentado pelo BM um ano depois do documento “*Um Ajuste Justo*”, propor a reforma do SUS. As principais proposições são ações no sentido da mercantilização da Política de Saúde; dificuldades de efetivação do SUS e retirada dos direitos sociais em geral e do direito à saúde, em particular (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

No que se refere à direção política dos documentos, há uma consonância e uma complementariedade. Eles apontam elementos específicos, comungando para um aprofundamento dos ditames da ideologia neoliberal e da dependência econômica brasileira com a expropriação de direitos sociais e do fundo público.

Fontes (2018), ao tratar das expropriações no capital-imperialismo contemporâneo, enquanto extenso e complexo, afirma que

[...] apesar da aparência do distanciamento do trabalho, o capital-imperialismo lastreia-se na expansão da relação-capital, e ela envolve crescente extração de valor de trabalhadores sob duríssimas condições, expropria a humanidade, expande a transformação de

meios de vida em capital e explicita o caráter específico da propriedade capitalista (FONTES, 2018, p. 58).

É nessa perspectiva que a relação entre as PPP, as entidades sem fins lucrativos e as OS são comandadas por empresas de capital privado. Estas recebem apoio do BM e da OMS, ao lado da superexploração da força de trabalho, que se configura, segundo Mauriel (2018), como processos de expropriação contemporâneos dirigidos pelos Estados dependentes e tendem a impor o recrudescimento da violência, o ataque aos direitos humanos e às condições de vida aviltantes à maioria trabalhadora.

As políticas sociais dentro dessas condições de superexploração não perdem seu caráter protetor, mas comungam com o Estado por serem geridas por ele na tarefa da manutenção e reprodução da não propriedade, da miséria e da superpopulação relativa; sendo, portanto, importantíssimas para a continuidade da acumulação do capital e da expropriação.

[...] as expropriações fazem parte da dinâmica histórica expansiva do capital, compondo a relação exploração-expropriação na realização da acumulação capitalista e, na atual quadra histórica, as expropriações das condições de vida de contingentes cada vez maiores de pessoas seriam necessárias para reconstruir novos equilíbrios intercapitalistas como gestão de crise (MAURIEL, 2018, p. 262).

No âmbito da política de saúde, Boschetti (2018) afirma que a ação estatal se limita cada vez mais à manutenção de sistemas públicos mínimos ou básicos, os chamados “planos de base”. Os governantes regulam a instituição de planos privados, os quais são sugeridos nos documentos do BM/OMS, constituindo-se em novos nichos de acumulação capitalista e de expropriação de direitos. Esse processo submete a classe que vive do trabalho a pagar, além da superexploração, impostos altos; uma verdadeira “servidão sem proteção”, como caracteriza Boschetti (2018).

4.2.2 A reforma gerencial

Na política de saúde, a defesa do BM/OMS vai na lógica da nova gestão pública, considerando também os serviços sanitários enquanto atividades públicas não-estatais, portanto, executáveis por entes privados. As orientações para esse

novo modelo de gestão do SUS são, na maioria dos documentos, semelhantes. O documento *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”*, de 15 de fevereiro 2007, é mais focado nessa temática. Ele fornece um conjunto de recomendações para a política de saúde e focaliza melhorar a eficiência na gestão de recursos e na qualidade da atenção no SUS. Bresser Pereira (1995) já apresentava no PDRE o conceito do que seria esse novo modelo de gestão:

Administração Pública Gerencial - Emerge na segunda metade do século XX, como resposta, de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado, e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. A eficiência da administração pública - a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário - torna-se então essencial. A reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações (PEREIRA, 1995, p. 16).

Como afirmam Carnut e Narvai (2016), o foco recai sobre a forma direta como a contratualização de resultados vem sendo expressa em avaliações de desempenho dos sistemas de saúde. O documento de 2007 salienta justamente isto: que se deveria introduzir sistemas organizacionais que proporcionem às unidades de gestão cada vez mais liberdade de ação e de autoridade para tomar decisões sobre a gestão de recursos através de desempenho. Segundo o BM:

Muito dos desafios enfrentados pelo setor saúde são relacionados à falta de governança, à falta de incentivos que garanta que os serviços financeiramente viáveis e de qualidade, sendo esses elementos, fatores essenciais para elevar o status do SUS. Na saúde, governança também se refere ao meio pelo qual uma organização prestadora (como um hospital), seus gestores e funcionários sejam responsáveis e penalizados quando necessário, caso haja descumprimento de sua função, quando baseada em metas e resultados (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 8).

Nesse mesmo relatório de 2007, é abordada também a questão da governança cujo conceito é tecido com uma nova roupagem do Estado para o modelo de gestão dos serviços públicos, que deveriam estar em parceria com o setor empresarial e privado. Direciona ainda para um estudo que proporcione uma

base para a melhoria do ciclo inteiro dos processos de gestão de recursos públicos, ou seja, planejamento, elaboração de orçamento, execução orçamentária, gestão de insumos e produção no setor saúde, os quais juntos ajudam a fortalecer a boa governança na prestação de serviços de saúde.

As recomendações estabelecem o sentido de boa governança. Elas propõem fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial e aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização, como os contratos de gestão, que induzam os administradores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis; pois, aponta que muitos problemas estão relacionados a práticas gerenciais que resultam na utilização ineficiente de recursos e, em alguns casos, na ausência de gestão.

De acordo com o que defende Pereira (1995) no PDRE, na administração pública gerencial, a estratégia volta-se para três pontos importantes: (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição, para que possa atingir os objetivos contratados; (3) para o controle ou cobrança a posteriori dos resultados.

Contudo, Carnut e Narvai (2016) discorrem que no paradigma gerencial o desempenho ficou associado apenas à produtividade e à quantidade de trabalho; porém, toda organização necessita ser avaliada por meio de um sistema que lhe possibilite, por processos de retroalimentação, rever suas estratégias e métodos de trabalho e, assim, ela teria capacidade de se reciclar, oxigenar-se e tornar-se capaz de sobreviver em ambientes turbulentos e mutáveis.

O documento de 2007 ainda sugere que o Ministério da Saúde poderia promover a adoção de técnicas modernas de gestão por parte das secretarias e unidades de saúde. Isso incluiria a gestão descentralizada de pessoal; a gestão de compras e estoques que facilitem a estimativa de necessidades; a programação de compras e o controle por produção de serviços.

O relatório se baseia e aprimora uma ferramenta aceita de governança, o rastreamento de gastos públicos, tanto no que diz respeito ao rastreamento de fundos quanto na análise de governança e dos desafios correspondentes de gestão que impedem o financiamento efetivo do setor público.

Ao comungar com essa mesma direção de uma mudança na gestão por parte da suposta ineficiência, os relatórios *“20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do*

Brasil: uma avaliação do sistema único de saúde (2013); Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil (2017); Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro (2018) apontam proposições parecidas. O texto de 2013 apresenta o enfoque na ineficiência dos serviços públicos em uma avaliação do SUS em seus 20 anos. Compara o Brasil com realidades de países desenvolvidos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), atendo-se às especificidades do desenvolvimento histórico e econômico brasileiro, apresentado por Fernandes (1987) enquanto um desenvolvimento desigual e combinado para favorecer o capital imperialista.

O relatório de 2017 coloca que há possibilidade de mudar o quadro dos atendimentos realizados pelo SUS sem nenhum prejuízo aos serviços prestados. E isso pode ser realizado desde que se aumente o desempenho de vários municípios brasileiros, dependendo da localização e da população, “identificando onde os recursos estão sendo usados de maneira mais ineficientes e buscar através de uma melhor gestão, onde seria possível melhorar” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 112).

O BM destaca ainda que “o SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118). O destaque central do documento é na ineficiência produtiva do SUS e na má gestão, assim classificada pelo BM. Essa mesma discussão é apresentada no PDRE, em 1995, da seguinte forma:

O modelo gerencial tornou-se realidade no mundo desenvolvido quando, através da definição clara de objetivos para cada unidade da administração, da descentralização, da mudança de estruturas organizacionais e da adoção de valores e de comportamentos modernos no interior do Estado, se revelou mais capaz de promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público. A reforma do aparelho do Estado no Brasil significará, fundamentalmente, a introdução na administração pública da cultura e das técnicas gerenciais modernas (PEREIRA, 1995, p. 17).

O BM, no documento de 2017, recomenda uma ampliação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros, orientando a substituição de médicos em alguns serviços. Para tanto, defende que:

Se o número de consultas e internações aumentasse, e os procedimentos mais rotineiros fossem realizados por profissionais de

saúde de nível mais baixo (por exemplo, enfermeiros), seria possível melhorar significativamente a eficiência e a qualidade dos atendimentos. As normas poderiam ser ajustadas para permitir que os profissionais de enfermagem realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário (BANCO MUNDIAL, 2017, p.117).

Vale a pena ressaltar que é uma prática da enfermagem, na Estratégia Saúde da Família, uma maior atuação da categoria frente à ausência ou intermitência do médico em longos períodos ou sem médicos nas equipes. Outro ponto negativo para essa ampliação são as disputas corporativas, principalmente pelos médicos que não chegam a reconhecer que o Brasil apresenta uma escassez desses profissionais. O BM demarca como objetivo principal no item 168 que “o SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente” (BANCO MUNDIAL, 2017, p 118). Nesse sentido:

É no decorrer da consolidação do ‘modelo burocrático’ no âmbito da administração pública brasileira, muitas mudanças significativas foram ocorrendo, em particular as relacionadas ao questionamento da eficiência das ações públicas diante das novas necessidades advindas do avanço das sociedades capitalistas, da agudização das relações conflituosas entre Estado-mercado e da ressignificação do papel dos Estados Nacionais na proteção da vida dos cidadãos (CARNUT; NARVAI, 2016, p. 294).

Essas estratégias da reforma gerencial vêm desde a consolidação do modelo burocrático, o qual ataca e questiona a suposta ineficiência das ações da gestão pública. Carnut e Narvai (2016) concebem a administração gerencial como um processo de “gestão por resultados” de forma mercantilizada. A especificidade do resultado, como produto máximo dessa filosofia de gestão, deposita nas metas a redução do escopo administrativo, sendo essas representativas de toda cadeia de intangíveis, intrínseca aos processos organizacionais.

As recomendações do BM no documento de 2018 são bem mais extensas e mantêm direcionamento na má gestão. Reforçam a defesa das reformas, focando na ineficiência gerencial. Propõem reformas na lógica do desempenho, apontando que o sistema precisaria preparar-se para enfrentar os desafios remanescentes (baixa qualidade, eficácia limitada e ineficiências) e futuros (envelhecimento da população e crescente carga das doenças crônicas), bem como o avanço tecnológico.

É nessa chave que, na produção do trabalho sob a lógica do desempenho, se gera reflexivamente mais espoliação do trabalho concreto na prática dos serviços de saúde. A contínua e incessante repetição desse ciclo promove processos de trabalho que perdem o sentido de si e se transformam em números-síntese que representam, em última instância, o desempenho daquilo que poderia ser retribuível (mas não vai ser). E na tentativa de alcançar o humanamente inalcançável, o desempenho gerencialista se agudiza, se reinventa e, no seu exercício, é capaz de se fazer cada vez mais perverso. Isso fica bem claro na famosa frase que ganhou as mídias sociais e atualmente habita a representação da gestão na saúde pública: 'se a gente alcança a meta, a gente dobra meta!' (MENDES; CARNUT, 2018, p. 15).

O BM mostra, através da experiência dos países que consolidaram seus sistemas de saúde com reformas periódicas, que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização, sendo essas advindas de países imperialistas vinculadas ao setor privado e de desempenho. Em geral, o relatório do BM de 2018 propõe que os municípios podem ser consistentemente mais eficientes na prestação de serviços de Atenção Primária em Saúde. Primeiramente, haveria um número excessivo de hospitais pequenos que não são economicamente eficientes, pois operam em baixa escala; o que direciona para a necessidade de equilibrar o objetivo por um lado, a fim de aumentar a proximidade entre os serviços hospitalares e os cidadãos; e, por outro lado, a eficiência.

A eficiência nessas direções está atrelada ao porte, tamanho do município, ao número de leitos e tamanho dos hospitais.

A ampliação do número de hospitais públicos de pequeno porte é uma consequência do processo de descentralização do SUS, por meio do qual os municípios passaram a assumir responsabilidades na prestação de serviços de saúde, na maioria das vezes na ausência de qualquer estrutura assistencial pública (GIOVANELLA, 2017, p.05).

É importante destacar que muitos desses hospitais de pequeno porte no momento não se encontram cadastrados como hospitais. Assim como os municípios pequenos não estão recebendo o repasse de média complexidade que correspondem aos atendimentos realizados. Contudo, é perceptível que o tema da regionalização e da relevância do nível estadual nesse processo não aparecem no relatório. Suas diretrizes reconhecem apenas a necessidade de uma maior integração do sistema e da coordenação entre os níveis primário, secundário e

terciário, recomendando a ampliação da atenção primária forte para alcançar maior eficiência.

O BM destaca que outro ponto base da ineficiência são os desafios relacionados à disponibilidade, à distribuição e ao desempenho da força de trabalho em saúde. Compara que a densidade de profissionais de saúde, particularmente médicos, por habitantes, é menor que o encontrado em países com nível similar de desenvolvimento e bastante inferior à média entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

O documento de 2018 mostra em notas uma síntese dos principais desafios relativos à eficiência enfrentados pelo SUS. Estes desafios são: (i) arranjos institucionais que, ao descentralizar o nível municipal, resultaram em fragmentação das economias de escala; (ii) organização da prestação dos serviços destinados a curar patologias agudas, com limitada coordenação entre os provedores e os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Apesar do aumento das doenças crônicas, que exigem arranjos de tratamentos integrados e contínuos entre contextos de atendimento, focados no gerenciamento e controle dos fatores de risco, o sistema SUS de prestação de serviços é organizado sobretudo para proporcionar tratamento agudo por meio de serviços independentes.

Outra estratégia desse mesmo documento de 2018 é acrescentar o escopo da prática de enfermeiros e de outros profissionais auxiliares para ampliar a cobertura, aumentar a eficiência e, em alguns casos, melhorar a qualidade da atenção. O BM compara o SUS com o Sistema Nacional de Saúde (National Health System - NHS) britânico, que introduziu no ano 2000 um plano de “Novas Práticas de Trabalho”, um grande passo para a implantação de práticas de enfermagem de nível avançado.

O documento *“Um Ajuste Justo”* (2017) propõe uma nova modalidade e autonomia aos enfermeiros para diminuir custos. Nessa mesma perspectiva, o documento de 2018 propõe que:

Embora a regulamentação nacional brasileira autorize os enfermeiros a realizar consultas e prescrever certos medicamentos e exames nas unidades de APS, essa prática enfrenta resistência profissional e institucional. [...] a evidência demonstra que o SUS poderia expandir a cobertura de pré-natal adotando um processo produtivo mais intensivo em profissionais de enfermagem do que em médicos (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 8).

Arelados aos elementos anteriores mencionados sobre a reforma gerencial, temos o *“Documento de Avaliação do Projeto sobre a Proposta de Empréstimo no Montante de U\$150 milhões para o Brasil para o Projeto de Modernização de Hospitais de Universidade Federal”*, do BM em 201, e o documento *“30 anos de SUS, que SUS para 2030?”* da OMS. Estes direcionam seu enfoque para a parceria firme com o setor privado, colocando que o serviço de saúde privado é mais eficiente que o público. O intuito é de acelerar os ditos “novos modelos de gestão” na área da saúde, os quais tendem a dar maior apoio às parcerias público-privadas, orientando a introdução da lógica gerencial e a existência de diferentes vínculos dos trabalhadores nos Hospitais Universitários (HUs).

Eles apresentam a ideia de fortalecimento do SUS através da eficiência de serviços e gestão do setor privado, conforme defende a OMS. Trazem nos relatórios as mesmas proposições, colocando a culpa na gestão. Também defendem que os recursos hoje disponíveis dariam para gerir plenamente os serviços ofertados pelo SUS. Apontam que no Brasil a gestão da saúde enfrenta desafios persistentes relacionados à rigidez imposta por regras estritas da administração pública, sendo preciso, segundo o BM/OMS, uma reforma gerencial flexível com mais apoio do setor privado com base no desempenho.

4.2.3 Os gastos em saúde

Analisar os gastos em saúde no Brasil é fazer a mediação com o movimento de constante piora na garantia dos direitos sociais e do acesso universal à saúde, pois os ataques vividos pelo SUS são recorrentes e degradantes, quando se vinculam à dinâmica de cortes financeiros na política.

Recentemente, os brasileiros e as brasileiras foram comunicados sobre a perda de R\$ 9,7 bilhões no financiamento do SUS, acumulado nos últimos dois anos de 2018 e 2019 (SANTOS; FUNCIA, 2019), em plena vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou o gasto público por 20 anos. Entende-se, assim, que o já conhecido sistema de saúde subfinanciado, há três décadas (MENDES; CARNUT, 2018), desloca-se para uma nova trajetória, a de um ‘desfinanciamento’ (MENDES; CARNUT, 2020, p. 3).

É em meio a essa lógica do desfinanciamento crônico da política de saúde brasileira que boa parte dos documentos do BM/OMS que analisamos apresentam

suas proposições para o SUS. Alguns evidenciam como elemento principal o tema, o qual destacamos primeiramente: *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”* (2007); o documento: *“Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil* (2017); e *“Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”* (2018).

Nos três documentos mencionados, existem traços semelhantes e elementos que só aparecem em alguns. O relatório de 2007, na questão financiamento, é o que aborda de forma mais ampla essa discussão e direcionamentos, colocando que a estrutura federativa do Brasil e a natureza descentralizada do SUS fazem com que os fluxos financeiros sejam difíceis de rastrear e monitorar. O que por sua vez torna a *accountability* difusa e difícil.

O BM aborda que, apesar da atualização contínua, os sistemas de informação existentes não permitem a identificação precisa a respeito de como recursos são alocados dentro do contexto do SUS. Não há clareza sobre como os gastos são executados e como os serviços são prestados no nível das unidades de saúde. Propõe que se deve melhorar o sistema de informação, pois faltam dados sobre quanto todo o sistema SUS (incluindo os governos federal, estaduais e municipais) gasta com atenção hospitalar e primária.

De acordo com Salvador (2014), nas políticas sociais, importantes mudanças legislativas marcam a primeira década do século XXI, no Brasil, com implicações diretas no arranjo federativo, a exemplo da Emenda Constitucional nº 29/2000, que assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Segundo o autor, nesse período, as políticas sociais não apresentam uma evolução homogênea na repartição das responsabilidades entre a União e os entes da federação no tocante à gestão monitorada do financiamento dos gastos com saúde, sendo favoráveis as direções apontadas pelo BM em 2007 e algumas delas seguidas pelo governo Lula.

Durante os governos Lula e Dilma, foram cortados recursos na saúde que somaram, em 2011, R\$ 50 bilhões do orçamento das políticas sociais. E em 2012 houve o contingenciamento de R\$ 55 bilhões, sendo R\$ 5,47 bilhões da saúde, em 2013 (BEHRING, 2019); a autora afirma que houve contingenciamento total de R\$ 28 bilhões; e, em 2014, de R\$ 44 bilhões de reais. É importante frisar que esse mecanismo é cláusula pétrea na economia brasileira, para garantir o superávit

primário, acordo feito entre o BM/FMI para pagamento da dívida pública, feita através da Desvinculação de Receitas da União (DRU).

[...] Sobre a Desvinculação de Receitas da União (DRU), entre 2006 e 2012, foram expropriados do Orçamento da Seguridade Social R\$ 309.941 bilhões de reais (ANFIP, 2013), ou seja, este mecanismo retira 20% das fontes de recursos da seguridade social, com destaque para a COFINS e a CSLL, destinando-as para outros fins, especialmente o pagamento de juros e encargos da dívida, que como vimos afirmando é elemento condutor do ajuste (BEHRING, 2019, p. 57).

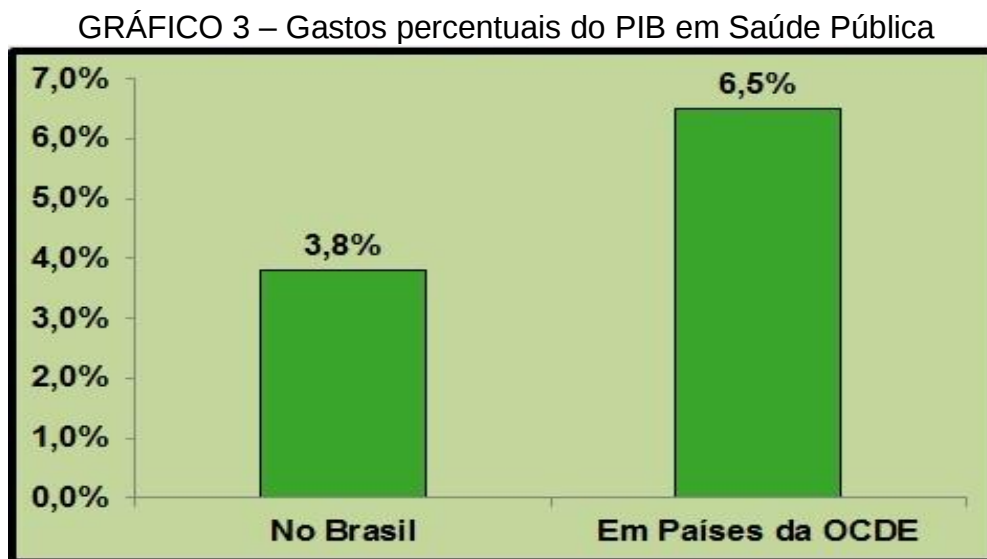
Nesse ponto, percebemos a ligação dos direcionamentos do documento de 2007 com o de 2013 *“20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do sistema único de saúde”*; ambos orientam para o arrocho fiscal e subfinanciamento, com discurso focado na ineficiência no que diz respeito ao repasse financeiro e à debilidade no monitoramento de gastos. A proposta do texto é de uma reforma ainda mais profunda no que diz respeito aos gastos com atenção primária, visto que se gasta muito e sem controle específico. Diz que os estados e os municípios têm suas debilidades na área de prestação de contas

O relatório 2007 trata ainda da execução orçamentária, abordando que também afeta a eficiência e a qualidade dos serviços prestados, porque determina como as Secretarias e as unidades básicas realizam funções gerenciais chaves, tais como a aquisição e a distribuição de medicamentos, suprimentos e equipamentos; apresenta os problemas mais comuns: alterações significativas entre a alocação orçamentária inicial e o valor de fato disponível, uma vez que limitam as vantagens do planejamento e da previsão financeira.

Os atrasos frequentes observados na liberação de recursos orçados resultam na subutilização dos mesmos por seus gestores. Alguns dos fundos congelados somente podem ser liberados no final do ano, de modo que sobra pouco tempo para aquisições. O documento de 2007 diz que em muitos estados e municípios não há critérios predefinidos e transparentes quanto à distribuição de equipamentos que ficam disponíveis periodicamente. Devido à falta de um programa consistente e financiamento suficiente para a manutenção preventiva, a frequência com que equipamentos quebram resulta na interrupção de serviços, mostrando a fragilidade do sistema de distribuição do recurso público e a má gestão. Essas orientações são incorporadas durante os governos Lula e Dilma.

As medidas adotadas pelos governos Lula e Dilma na direção de sua disponibilização para o mercado não foram capazes de aplacar a sanha do capital nem foram suficientes para impedir o golpe parlamentar de 2016. [...] Em contexto de crise mundial do capital, o governo ilegítimo se instala no Brasil em 2016, endossado pela mídia e por grandes grupos econômicos do setor produtivo e financeiro [...]. O governo Temer conseguiu implementar o amargo remédio do endurecimento do ajuste fiscal, centrado na redução de gastos públicos, com exceção das despesas financeiras (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019, p. 69).

Nesse contexto de impacto do arrocho fiscal para a seguridade social, o BM apresenta no relatório de 2017 direções que se articulam com as medidas do governo ilegítimo de Temer. O documento faz comparações orçamentárias do SUS com os sistemas de saúde de países imperialistas. As recomendações são para orientar cortes de gastos públicos e, em especial, gastos sociais, os quais já estavam sendo feitos por Temer, conforme havia se comprometido no documento “Uma ponte para o futuro”. Uma contradição é fazer a comparação dos gastos públicos em saúde a nível internacional, com os de países da OCDE. Vejamos no gráfico essa comparação:



Fonte: Banco Mundial no final do 2018 (IBGE, 2018).

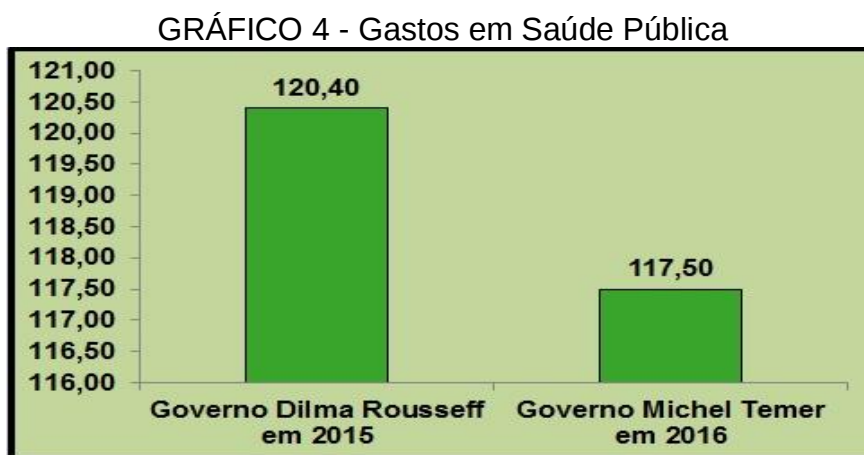
Nas considerações do PIB, o relatório de 2017, item 154, compara, como vemos no gráfico, os gastos com saúde pública em nível nacional com os mesmos gastos dos países da OCDE. Explicitando que o Brasil gasta com saúde (relativo ao PIB) valores similares aos seus parceiros da OCDE. Porém, a maior parte desse gasto é realizado no setor privado. Entretanto, os gastos públicos com a saúde no Brasil correspondem exatamente a 3,8% do PIB; enquanto que em países da OCDE,

em média, são gastos com saúde 6,5% do PIB em saúde pública. Então, não se pode comparar o Brasil com os países da OCDE, pois, segundo Mendes e Carnut (2017), 80% dos gastos do PIB desses países são na esfera pública; sendo o contrário no caso brasileiro, que concentra maior gasto no setor privado, cerca de 55% do total.

As recomendações do relatório de 2017 para a saúde são bem preocupantes, colocam a possibilidade de cortar gastos no setor da atenção primária em 23%, tentando manter os mesmos níveis de resultado, o que, segundo o BM, seria uma economia de R\$ 9,3 bilhões e 34% nos serviços hospitalares, representando uma economia de R\$ 12,7 bilhões. O texto ainda conclui que se poderia “cortar R\$ 22 bilhões ou 0,3 do PIB, no SUS sem nenhum dano aos resultados nos atendimentos da saúde” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 119); a agência nega o desfinanciamento do SUS e as particularidades históricas brasileiras.

O foco do relatório de 2017 é na ineficiência produtiva do SUS cuja prioridade é na eficiência e nos cortes de gastos; não reconhecendo que, a partir dos efeitos deletérios da EC-95, a despesa real com saúde irá diminuir nos próximos anos e, portanto, torna-se difícil qualquer possibilidade de falar em eficiência do gasto com uma queda dos gastos federais em relação ao PIB. Assim, “os prejuízos acumulados nos próximos 20 anos para o SUS serão de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%” (MENDES; CARNUT, 2017, p. 3).

O gráfico a seguir mostra a queda significativa dos gastos em saúde durante o ilegítimo governo Temer em comparação com o governo de Dilma, em apenas um ano.



Fonte: Ministério da Saúde (2016).

O gráfico de 2016 é o espelho do arrocho fiscal duro do ilegítimo governo Temer. Ao retomarmos aos documentos colocados pelo BM para a saúde brasileira, vemos que ele reafirma a mesma direção de comparação com países imperialistas. O documento, a *“Proposta de reforma do SUS brasileiro” (2018)* evidencia que as taxas de ocupação de leitos hospitalares são muito baixas, em média, 45% para todos os hospitais do SUS e apenas 37% no caso dos leitos de alta complexidade. As taxas de ocupação observadas no SUS são muito inferiores à média da OCDE, de 71%; e muito abaixo da taxa de ocupação desejável, entre 75% e 85%.

Esse documento toca de forma resumida em quase todos os pontos relacionados ao financiamento dos documentos anteriores. Indica que é preciso modificar modelos de gestão dos provedores de serviços de saúde e os mecanismos de pagamento para premiar qualidade e resultados. Com base no direcionamento que Salvador (2019) defende, vemos a disputa do fundo público no Brasil com o processo de financeirização, através da presença do capital portador de juros e do capital fictício no âmago das relações econômicas e sociais no capitalismo atual.

O texto de 2018 ataca também a ineficiência. Analisa que há um espaço significativo para tornar o gasto com saúde mais eficiente, particularmente no nível hospitalar e enfatiza que, embora as restrições de recursos e resultado dos baixos gastos públicos sejam um dos motivos da consolidação limitada do SUS, o sistema opera com níveis relativamente altos de ineficiência. Assim, a eficiência é posta como solução através das privatizações.

A discussão acerca do financiamento do SUS tem sido um processo difícil e tenso no contexto da barbárie do tempo histórico do capitalismo contemporâneo em crise. Nos últimos 30 anos, que coincidem com a existência do SUS, observa-se que o Estado brasileiro não deixou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal (MENDES; CARNUT, 2020, p. 15).

Esses elementos colocam em xeque o SUS, riscos esses apresentados pelo relatório de 2018, abordando que, mantidas as atuais tendências de aumento nominal do gasto público com saúde no Brasil, as despesas com o SUS atingirão R\$700 bilhões em 2030. Porém, o cálculo do documento não leva em consideração o envelhecimento da população, o aumento do peso das doenças crônicas, nem a incorporação de novas tecnologias. Calcula-se apenas que o envelhecimento da

população leve a um aumento correspondente a 4% do PIB no gasto total com a saúde, em meados de 2050.

A OMS, no que diz respeito ao financiamento, propõe no relatório “*30 anos de SUS, que SUS para 2030?*” (2018) a análise do subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela crise econômica e pela austeridade fiscal. O objetivo claro do texto é a indução da captura do fundo público. Destarte, é importante destacar que:

As décadas de subfinanciamento do SUS podem ser melhor compreendidas a partir do tempo histórico da crise capitalista contemporânea, que tem o Estado capitalista atuando no sentido de restringir o orçamento público, em decorrência de ajustes fiscais adotados pelos governos. Tais ajustes respondem às exigências do capital portador de juros (financeiro), e de sua forma mais perversa, do capital fictício, que buscam se apropriar do fundo público para a sua expansão rentista. Desta forma, revela-se a sintonia entre a crise da forma mercadoria, a crise da forma política estatal e a crise da forma direito, obstaculizando a possibilidade de se assegurar a efetivação do direito à saúde, à medida que se mantém a expropriação dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, ao longo desse tempo de 30 anos de Constituição ‘Cidadã’ (MENDES; CARNUT, 2020, p. 24).

Considera-se oportuno no relatório da OMS fazer comparações iguais aos documentos de 2017 e 2018, informando que estudar as experiências de outros sistemas universais em países imperialistas, que implementaram reformas para enfrentar os desafios da sustentabilidade financeira é relevante e necessária ao Brasil. Apontam os casos da Itália e do Reino Unido, exemplos que podem ser úteis ao sistema brasileiro.

Mas, os documentos ao fazerem tais comparações não reconhecem a histórica fragilidade financeira do SUS de forma mais ampla, particular e distinta, que sofre desde sua implementação com a insuficiência de recursos e com o baixo volume de gastos com recursos públicos; com a indefinição de fontes próprias para a saúde; com a ausência e negligência de um melhor comprometimento do Estado brasileiro com a alocação de recursos e de uma boa distribuição destes no interior da política de saúde; e, como afirmam Mendes e Carnut (2020), com as elevadas transferências de recursos ao setor privado, via recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (OSs, OSCIPS, EBSERH) e Fundações Estatais Públicas de Direito Público-Privado com contratos celetistas.

Como vemos, BM/OMS são coniventes e orientam para os cortes de gastos implementados pelos governos, em 2016, de acordo com Boschetti e Teixeira (2019), de forma inédita. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) reprovou o Relatório Anual de Gestão (RAG) pelo descumprimento da aplicação mínima constitucional de 15% das Receitas Correntes Líquidas (RCL), que quantifica R\$ 253 milhões abaixo do piso mínimo constitucional.

O CNS reprovou o RAG de 2017, devidos aos restos a pagar dos anos anteriores, financiamento insuficiente, entre outros motivos. Boschetti e Teixeira (2019) afirmam que a reprovação nesses dois anos não implicou na revisão ou ampliação do orçamento em anos posteriores.

4.2.4 A relação público/privado

A privatização tem ocupado um espaço considerável dentro do sistema de saúde no Brasil. Segundo Sousa (2017), o mercado privado se expandiu ao longo das últimas três décadas, sustentado pela comercialização de planos de saúde individuais e coletivos; pela prestação de serviços hospitalares que deveriam ser geridos pelo Estado; por insumos e medicamentos, entre outras medidas que correspondem às parcerias públicas e privadas.

Um dos pontos mais relevantes que a maioria dos relatórios do BM/OMS apresenta é o direcionamento e defesa das parcerias público e privada e da privatização do SUS, enquanto solução de melhora da política de saúde brasileira. O ataque dos documentos do BM/OMS analisados é na ineficiência do serviço público, apresentando o serviço privado como de excelência. Porém,

A realidade é que o setor privado vem ao longo da história vendendo serviços ao Estado, detendo o controle da prestação de serviços, principalmente de média e alta complexidade, bem como dos serviços de apoio e diagnósticos, de insumos e medicamentos. Além disso, tem se beneficiado com subsídios públicos e isenção fiscal (SOUSA, 2017, p. 137).

É nesse sentido que o documento *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”* (2007) justifica suas direções, fazendo a defesa do serviço privado e apontando deficiências no setor público, com a afirmação de que o governo não teria condições de implementar mecanismos de responsabilização e punição na gestão

pública. Tendo que transferir esses serviços para o setor privado. Estabelece o público com a debilidade da má gestão, apresentando o privado como a melhor forma de gestão e serviço, uma parceria necessária. Propõe que seria melhor começar com hospitais que já existem enquanto unidades orçamentárias e que já têm alguma experiência com a gestão autônoma de insumos, muitos deles privados.

Os processos privatizantes estão presentes bem antes da elaboração e criação do próprio SUS; entretanto, intensificam-se durante a década de 1990 com a reconfiguração nas formas de gestão que se efetivam com a criação das OS e das OSCIP, através do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), no qual, como vimos no capítulo 3, a saúde passa a compor a lista de atividades não exclusivas do Estado. De acordo com Sousa (2017), as OSs e as OSCIPs foram regulamentadas pelas leis nº 9.637/98 e 9.790/99, mas, passam a ser colocadas como estratégias de garantir um novo modelo de administração que passa a ser defendida pelo BM/OMS nos documentos colocados durante a década de 1990 e anos posteriores.

O *“Documento de Avaliação do Projeto sobre a Proposta de Empréstimo no Montante de U\$150 milhões para o Brasil para o Projeto de Modernização de Hospitais de Universidade Federal”* (2011) confirma o que é exposto no parágrafo anterior, através de um objetivo direto e privatista, com uma proposta de empréstimo visando à ampliação das Parcerias Público-Privado (PPP), continuidade das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesses Privados (OSCIPS), das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDEP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que teve significativo crescimento e avanço dos denominados “novos modelos de gestão” na área da saúde.

Ressalta a Lei 12.550/2011 que a EBSERH é uma empresa pública de direito privado e tem como finalidade a prestação de serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais, apoio diagnóstico terapêutico de forma gratuita e que o art. 207 da Constituição Federal, que se refere à autonomia universitária, deve ser respeitado (SOUSA, 2017, p. 137).

A criação da EBSERH recebe apoio do BM/OMS, constituindo-se em mais uma forma do mecanismo estratégico desses aparelhos multilaterais de hegemonia cujo intuito é fortalecer a privatização dos serviços iniciados nos anos 1990, enquanto Reforma do Estado com a criação das OS e OSCIP.

Em 2013, no texto “*20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do sistema único de saúde*” direcionado pelo BM, segue-se a mesma direção no sentido da aposta no setor privado do documento de 2007 e 2011. Destacando-se a importância da peça-chave dessas reformas com vista a um maior alargamento do setor privado, mostrando sempre o privado como o melhor serviço a ser seguido; e o público como serviço sucateado e que necessita da Parceria Pública Privada.

Na prática, essa orientação pretende resumir a ação estatal à de reguladora do mercado de serviços, com a função de criar agências para contratar e controlar os serviços privados. Orientado por essa lógica, o Banco preconiza a descentralização da administração dos serviços de saúde, financiados pelo Estado, para instâncias não governamentais, estimulando, dessa forma, a atuação da iniciativa privada, na oferta de serviços para o setor (NETO, 2015, p. 57).

Mediante esse documento de 2013, vale enfatizar que as direções advindas do BM foram basilares para aprovação da Medida Provisória nº 656/2014 e, entre suas várias propostas, a abertura de investimento do capital estrangeiro na saúde. Como bem afirma Sousa (2017), essa foi convertida em Lei nº13.097 em cujo artigo 142 menciona-se a participação direta e indireta de empresas de capital estrangeiro, a fim de gerir a assistência em saúde.

Ao Banco, interessa, com essa agenda, uma maior apropriação do fundo público, para atender às necessidades atuais dos padrões de acumulação do setor, tais como o escoamento das inovações tecnológicas das indústrias de bens de saúde, o estímulo aos seguros de saúde e à facilitação dos arranjos, entre indústria e seguros privados [...]. De forma geral, a agenda recomendada pelo Banco para a periferia do sistema previa um pacote bem definido de serviços essenciais, melhorias dos índices de saúde, como consequência do crescimento econômico; o estímulo à iniciativa privada e o controle da pobreza. Para o Sistema Único de Saúde, além da sintonia com as diretrizes preconizadas para os países de capitalismo periférico, o Banco delineia uma agenda cujo eixo das orientações quebra os princípios do SUS, por meio da seletividade das ações, da racionalização da oferta, da contenção de gastos, do modelo assistencial centrado na atenção básica e do estímulo às formas gerenciais público-privadas (NETO, 2015, p. 62).

O documento “*Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil*”, de 2017, segue a mesma direção, apresentando o modelo privado como bom e o público como ruim. É preciso considerar que o relatório, ao recomendar a abolição dos subsídios fiscais para seguros privados e despesas com a saúde, afirma que é necessário melhorar a integração entre o sistema público e

privado de forma a evitar a duplicidade de esforços. A defesa dessas ideias privilegia os interesses financeiros e lucrativos do setor privado. Uma estratégia mascarada de colocar que o privado se apresenta como a saída para a ineficiência do SUS.

Compreendemos que o relatório é técnico e político ao fazer proselitismo da agenda política do BM de Estado focado apenas na miserabilidade, focalização e seletividade para a política de saúde brasileira. O capítulo saúde do relatório de 2017 nega o desfinanciamento crônico do SUS e sua tentativa de privatização compactua e reforça as sucessivas contrarreformas que impedem a materialização do SUS 100% estatal. Além disso, seu apoio aos planos de saúde “populares” ou “acessíveis”, representa a possibilidade de rentabilidade para o setor privado e um prejuízo incalculável no campo do direito à saúde.

Segundo Silva (2017), essa é a estratégia de um intelectual coletivo contemporâneo que representa o setor empresarial da saúde. O Instituto Coalisção Saúde – ICOS “intitula-se uma associação civil e privada, de âmbito nacional e sem fins lucrativos. Tem como objetivo principal congregar e articular os princípios integrantes da cadeia produtiva privada da saúde” (SILVA, 2017, p. 37). Foi nessa perspectiva que:

Houve um crescimento no número de usuários de planos de saúde de 34,5 milhões, em 2000, para 47,8 milhões, em 2011.³² Desde 2010, o Brasil é o segundo mercado mundial de seguros privados de saúde perdendo apenas para os Estados Unidos da América, em termos de cobertura desses seguros (ANDREAZZI, 2012). A maior operadora desse país, a United Health, comprou, em abril de 2013, a Assistência Médica Internacional-AMIL (CORREIA, 2015, p. 73).

O BM/OMS classifica como modelo a nova universalização da saúde, que é a parceria público/privado, defendendo-a como iniciativa essencial e necessária. O documento “*30 anos de SUS, que SUS para 2030?*” de 2018, posto pela OMS, apresenta esse modelo de privatização, classificando-o como uma “nova universalização”, sendo um misto entre o privado e o público para melhorar a gestão.

Há o enfoque da Medicina da Família e da Comunidade, na melhoria e resolutividade dos serviços de saúde do SUS, em parceria com o setor privado; ocorrendo a incorporação de novas tecnologias pelo Estado, com a falácia da garantia dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988.

Atendendo aos ditames do grande capital, através das orientações dos organismos multilaterais, especialmente do Banco Mundial (BM), o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista. Neste sentido, é notória a influência do Banco Mundial quando este afirma que ‘muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização’ (CORREIA, 2015, p. 78).

Nesse documento da OMS, de 2018, convocaram 200 pessoas para responderem ao questionário de pesquisa com direcionamento em gestores do SUS e do setor privado. Segundo o relatório, o questionário explorou as opiniões sobre os seguintes aspectos: direito à saúde; relações federativas; modelos de atenção à saúde; marcos legais do SUS e da judicialização; financiamento; e relação público-privada (OMS/OPAS, 2018, p. 8).

Nas entrevistas, o relatório mostra que 64% das pessoas propuseram a regulação dos serviços ofertados pelo SUS; 51% associaram a resolução dos problemas ao Poder Judiciário para resolver os problemas do SUS; para 34 %, trata-se do problema contemporâneo defendido pelos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS associado a interesses econômicos. Mediante o relatório, o setor privado de serviços de saúde tem tido um papel crescente na indução e incorporação de novas tecnologias. Assim, reafirmam a importância das parcerias público-privadas.

A expansão da entrada de capitais estrangeiros na assistência à saúde do Brasil é preocupante, no contexto em que há um progressivo alargamento do setor privado da saúde, por dentro do SUS, ao tempo em que há uma crescente precarização dos seus serviços e um processo de desfinanciamento, e de desvalorização dos seus trabalhadores, com a flexibilização dos vínculos trabalhistas e condições de trabalho aviltantes (CORREIA, 2015, p. 84).

A pesquisa sobre a gratuidade dos serviços do SUS é apontada no relatório da OMS em consonância com o atual relatório do BM. Sua direção é de instituir a capacidade financeira dos usuários que podem pagar pelos serviços de saúde. “Os mais vulneráveis ficariam sob a responsabilidade do SUS” (OMS/OPAS, 2018, p 12). Esse pacto quebraria a garantia dos princípios da integralidade e da universalidade. A sugestão apontada pela OMS/OPAS é o fortalecimento de modelos solidários de financiamento e a regulação pública sobre o setor privado, a qual, de acordo com esses intelectuais, irá garantir o atendimento dos interesses da população. Destarte,

comungam com um modelo de renovação da APS em consonância com essas diretrizes.

A privatização da saúde neste contexto como pilares de sustentabilidade: o sucateamento do sistema público com o desfinanciamento que fragiliza o setor público estatal garante demanda para exploração pelo setor privado; o gasto efetuado por grupos de trabalhadores que têm condições de pagar que garantem o lucro de grandes grupos privados no país (SOUSA, 2017, p. 153).

No último documento analisado, *“Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”*, colocado pelo BM também em 2018, compara-se o Brasil com os países da OCDE. A coordenação da atenção é uma resposta política fundamental para aumentar a eficiência da prestação de serviços de saúde com menos internações e reinternações; atenção de mais alta qualidade; menos erros médicos, além de prescrição e uso mais apropriados de medicação. Deixando claro seu direcionamento para um sistema privado.

O foco do documento de 2018 do BM é na privatização e coloca que, no Brasil, existe pouca ou inexistente cooperação entre os sistemas público e privado de saúde. A regulação do setor de saúde suplementar tem frequentemente focado no acesso e preços dos planos e seguros de saúde e pouco na necessidade de aproximação de desenhos de modelos de atenção. Alega que existe potencial para regular a relação entre os dois sistemas de forma a maximizar a colaboração, incluindo fluxos conjuntos de pacientes e de informações. Por exemplo, as operadoras de planos e seguros saúde têm crescentemente adotado ações na APS. O que pode ser uma oportunidade para complementar as ações e garantir cobertura de serviços primários.

O texto posto pelo BM, em 2018, defende, assim como todos os documentos anteriores à privatização, que “os gastos tributários representam uma parcela significativa do gasto público com saúde no Brasil e foram estimados em R\$ 32 bilhões, ou 32,3% do gasto federal com saúde em 2015” (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 14). Que o SUS precisa de melhor coordenação com o sistema de seguro privado para: a) minimizar a concorrência pela oferta escassa de profissionais de saúde (por meio de regulamentação mais específica sobre duplo emprego de médicos e enfermeiros); b) fazer valer ressarcimento do tratamento no SUS dos pacientes que têm seguro privado; c) definir uma abordagem comum para incorporar novas

tecnologias, fármacos e tratamentos; e d) aproximar os desenhos de modelos de atenção de forma a garantir eficiência e uso racional dos recursos do setor.

O relatório de 2018 do BM defende o privado claramente, quando alega que o estado de São Paulo, em uma comparação entre hospitais gerais estaduais da administração direta e OSS, demonstrou que os hospitais administrados por OSS Saúde obtêm melhores resultados em termos de tempo médio de permanência; taxa de ocupação; renovação de leitos; utilização de sala de operação; taxa de cesáreas; infecção hospitalar; e gastos em relação à produção.

Verificou-se que o capital, no intuito de manter suas taxas de acumulação, tem se apropriado do fundo público privadamente, por diversas formas. No caso específico deste trabalho, constatou-se que a implementação do modelo de gestão das OSs, na área da saúde, tem sido uma das formas de apropriação privada, do fundo público da saúde (SANTOS, 2015, p. 108).

Em um cenário de ataques às políticas sociais, a política de saúde – que tem o segundo maior orçamento das políticas de seguridade social – tem sido uma das mais afetadas pelas orientações do BM e OMS, os quais detêm 31% dos seus investimentos na área da saúde brasileira. Nesse sentido, a política de saúde, no atual contexto brasileiro, tem a tendência de avançar na privatização, focalização e ampliar a seletividade, restringindo-se a determinados segmentos da população. O que afeta drasticamente os princípios centrais do SUS que são a universalidade e a integralidade.

O capital financeirizado, em busca de novos nichos para a sua acumulação, tem continuamente se apropriado do fundo público. Os mecanismos utilizados para tanto têm sido as contrarreformas, as quais, assentadas no ideário neoliberal, defendem a retirada do Estado da execução de suas funções, para que sejam repassadas à iniciativa privada, nesse processo, as políticas sociais têm sido um dos principais alvos. No Brasil, as medidas de enfrentamento da crise deram-se em consonância com o ideário neoliberal, imposto pelos organismos financeiros internacionais – BM e FMI –, instituições estas que têm papel central no direcionamento das políticas de governo de países de capitalismo periférico (SANTOS, 2015, p. 108)

Observa-se que a política de saúde vem incorporando, através dos seus governantes, as agendas dos aparelhos privados de hegemonia BM/OMS, na contramão do estabelecido no arcabouço jurídico do SUS, demonstrando uma discrepância entre o SUS real e o constitucional. Essa incoerência tem ampliado

significativamente a consolidação dos vários processos de privatização e desmonte do SUS universal.

4.3 AS LUTAS PELA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: A PARTICIPAÇÃO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL, ENQUANTO APARELHO PRIVADO DE HEGEMONIA CONTRA-HEGEMÔNICO

Corroborando a procedência das categorias da contradição e da luta de classes, existem aparelhos contra-hegemônicos que resistem às atrocidades do BM/OMS para a área da saúde brasileira, evidenciados aqui a partir da categoria de resistência. Os aparelhos contra-hegemônicos cumprem um papel de defesa do SUS e das orientações desastrosas do seu desmonte, postas pelos aparelhos privados de hegemonia do capital:

Nesta multiplicidade de sociedades particulares, de caráter duplo natural e contratual e voluntário, uma ou mais prevalecem relativamente ou absolutamente, construindo o aparelho hegemônico de um grupo social sobre o resto da população (ou sociedade civil), base do Estado compreendido estritamente como aparelho governamental-coercitivo (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 44).

Um desses aparelhos privados de hegemonia contra-hegemônico que atende aos interesses de uma parte da sociedade civil na defesa da saúde pública e de qualidade é a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), criada em 2010, é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Conta também com a presença de movimentos sociais, sindicatos, centrais sindicais, núcleos e/ou setoriais de partidos políticos, professores e estudantes vinculados à saúde em defesa da efetivação dos princípios da universalidade e integralidade (BRAVO, 2011).

Esses, que estão nos espaços de controle social, em conferências, conselhos e fóruns em instituições suprapartidárias, trabalham juntos contra qualquer ameaça que venha ferir os princípios estabelecidos no SUS. Espaços esses que na atual conjuntura também estão ameaçados de extinção por parte do governo e de suas truculentas direções.

No capitalismo, não há conquista de direitos sem luta da classe trabalhadora. As conquistas obtidas nos anos 1980, no Brasil, são resultantes dessas lutas. Reinserção na cena política de organizações populares, partidos de esquerda,

sindicatos, associações combativas, movimentos sociais, a Constituição Federal foi resultado dessas lutas. Porém, como vimos nos capítulos anteriores, a Seguridade Social fica refém da política econômica, em especial as dotações orçamentárias, sub-financiamento e desfinanciamento.

A questão da saúde no Brasil é atravessada por uma tensão histórica: saúde como bem público e saúde como mercadoria, como fonte de lucro, tendência hegemônica, visto que existe uma crescente alocação do fundo público da saúde no setor privado. O projeto do capital (setor privado), que concebe a saúde como mercadoria, tem atacado seu caráter universal, defendendo a focalização da assistência, a precarização do trabalho e dos serviços e sua privatização, impedindo a concretização desse sistema público na sua plenitude e desmontando o SUS por dentro dele mesmo (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 138).

As necessidades sociais ficam subordinadas à lógica do orçamento público e da privatização das políticas da Seguridade Social, sob orientação do BM/OMS durante a década de 1990. Nos anos 2000, identifica-se o ressurgimento de diversos movimentos sociais. E mesmo o país envolto na mercantilização das políticas sociais, durante os governos petistas, surgem novos mecanismos de luta, entre elas a FNCPS, que, de acordo com Bravo, Andreazzi e Menezes (2017), tem um potencial político muito relevante na defesa do SUS.

Os fóruns da saúde existentes em diversos estados e municípios e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde têm se constituído em espaços de controle democrático na perspectiva das classes subalternas, na medida em que tem apontado como desafio estratégico resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como fonte de lucro, ‘coração do capitalismo’, e denunciado os interesses do capital que sabotam o SUS, em nome da defesa do SUS. Têm se constituído em espaços que congrega setores da esquerda para fortalecer estratégias anticapitalistas ao enfrentar a privatização da saúde pública (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 140).

Inicialmente, a FNCPS foi denominada de Frente Nacional contra as OS e pela procedência da ADI 923/98, com o resultado de uma articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina. Bravo, Andreazzi e Menezes (2017, p. 167) afirmam que nesse momento o movimento era “contrário à Lei 9.637/98 que cria as OS, que elaborou um documento intitulado Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as OS no Brasil”, mostrando o prejuízo que a aprovação dessa lei provocaria na política de saúde.

A FNCPS, criada em 2010, tem em seu cerne, enquanto aparelho contra-hegemônico, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira da década 1980:

[...] o combate à privatização da saúde. Tanto quanto este Movimento, a Frente também se opõe a tendências da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro e tem como tática a formação de uma frente de esquerda anticapitalista (BRAVO; ANDREAZZI; MENEZES, 2017, p. 167).

Essa Frente tem tido papel importante na defesa da saúde e das orientações advindas do BM/OMS, realizando inúmeras atividades, como audiências com os ministros do STF; realizações de Atos Estaduais, como a comemoração ao Dia Mundial da Saúde; diversos atos e debates contra a privatização da saúde no Brasil, uma das principais orientações do BM/OMS. Conforme relatam Bravo, Andreazzi e Menezes (2017), foi a elaboração de documentos e manifestos sobre a situação de saúde nas diversas conjunturas (governos do PT, do ilegítimo Temer e de Bolsonaro); a participação nas Conferências de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, através dos Fóruns/Frentes Estaduais com documentos analíticos e propositivos; como também a articulação e a inserção de membros em Fóruns dos Trabalhadores da Saúde e no Conselho Nacional de Saúde.

A perspectiva da Frente é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando e aprofundando-as em nível nacional. Os fóruns também têm se posicionado em defesa da qualidade dos serviços ofertados pelo SUS. Estes têm um grande desafio na construção de uma nova hegemonia no campo da saúde que reafirme o caráter público e estatal da saúde e o seu valor de uso, resistindo ao seu uso como mercadoria e fonte de lucro, perante a força dos aparelhos privados de hegemonia a serviço da reprodução dos valores e concepções de mundo da classe dominante que naturaliza as desigualdades sociais, despolitiza as expressões da questão social e criminaliza as reações dos movimentos sociais à devastadora destruição dos direitos sociais (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 140).

A Frente tem conseguido algumas conquistas importantes; já realizou 9 Seminários em muitos Estados do Brasil, como Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas, Santa Catarina, Goiânia, Paraíba, entre outros, constituindo

Fóruns/Frentes de Saúde em 20 Estados Brasileiros e no Distrito Federal: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio

Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins (BRAVO; ANDREAZZI; MENEZES, 2017, p. 169).

Além de sua influência na política nacional, a Frente consegue mobilizar diversas forças sociais, tais como:

[...] sindicatos de funcionários públicos; algumas centrais sindicais (CSP-Conlutas; Intersindical); movimento sindical (Unidade Classista); professores universitários de diversas universidades (UERJ, UFRJ, UNIRIO, UFF, USP; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ, CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, UFAL, UEL, UnB, UFBA, UFRN, entre outras); entidades estudantis da área de saúde (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia, Nutrição); União da Juventude Comunista (UJC); Coletivo Nacional de Residentes; entidades nacionais (AMPASA, ABEPSS, CFESS, ANDES, FASUBRA, ASFOC, FENTAS, FENASPS); movimentos sociais (MST e MTST), além de algumas frentes: Frente de Drogas e Direitos Humanos e Frente Independente Popular. Tem-se também a participação de alguns movimentos feministas: Rede Feminista da Saúde e Coletivo Ana Montenegro (BRAVO; ANDREAZZI; MENEZES, 2017, p. 169).

Também se insere através da criação de núcleos de saúde em alguns partidos políticos como o PSOL, PSTU e PCB. Houve a realização de seminários, debates e manifestações da Frente quanto a tais direcionamentos e os documentos e manifestos foram escritos coletivamente na defesa da saúde pública.

As estratégias da Frente, enquanto aparelho privado de hegemonia contra-hegemônico, vão além das manifestações nas ruas. Ela adentra com os seus intelectuais coletivos no campo jurídico, no âmbito parlamentar, nos espaços de controle social, no âmbito da formação de seus intelectuais e nos meios de comunicação.

A Frente tornou-se um dos principais aparelhos contra-hegemônicos em defesa da saúde no país, com agenda para saúde, na qual são apontadas, segundo Bravo, Andreazzi e Menezes (2017), algumas questões que dificultam a implementação do SUS público, estatal, universal e de qualidade. A agenda para saúde programada pela Frente é constituída pela determinação social do processo saúde e doença: Saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde: SUS público e 100% estatal; modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; política de valorização do trabalhador da saúde; efetivação do

Controle Social e da participação social e formação profissional, comprometida com o SUS público e estatal.

A questão principal da Frente e dos Fóruns é a defesa intransigente do caráter público estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços. O caminho estratégico é conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor público de saúde, pressupostos que se opõem à redução da atuação do Estado e à regulação da saúde pelo mercado. É necessário resistir e inibir os interesses do capital no bojo do SUS, interesses que o desmontam, muitas vezes falsamente, em nome da sua defesa. Barrar a implantação dos ‘novos’ modelos de gestão é um caminho estratégico para evitar a destruição do SUS, patrimônio do povo brasileiro. A Frente concebe a efetivação do SUS como parte de um projeto de sociedade em que todos tenham igualmente condições de vida digna, dentro do entendimento do conceito amplo de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 146).

Os manifestos e notas elaborados pela Frente apresentam-se contra as truculentas inflexões direcionadas pelos aparelhos privados de hegemonia BM/OMS para a política de saúde. Desses, elencamos alguns documentos: Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil; Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs) de 2012; Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH de 2012; Nota Gestão Em Saúde – A Privatização das Unidades de Atenção Básica; Nota por um SUS 100% estatal e de qualidade de 2015; entre outras que estão publicadas no blog da FNCPS¹⁸.

Para fazermos uma síntese das principais proposições da FNCPS: a) defesa incondicional do SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado e controle dos trabalhadores; b) contra todas as formas de privatização e Parcerias Público Privadas; c) alcançar no mínimo 10% do PIB para saúde; d) pelo fim da DRU; e) pela Auditoria da Dívida Pública; f) contra os subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde; g) contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência a saúde; h) pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na seguridade social; i) defesa de concursos públicos pelo RJU e da carreira pública de Estado para pessoal do SUS e contra todas as formas de precarização do trabalho.

¹⁸ Para mais informações, consulte: www.contraprivatizacao.com.br.

A Frente articula-se com outros movimentos na perspectiva de criar um movimento amplo em defesa da saúde e das demais políticas sociais. Realiza plenárias em defesa do SUS, com a participação das Frentes Brasil Popular e Povo sem Medo, com a Esquerda Socialista, com o CEBES, a ABRASCO e com outros setores (PT/PCB/Consulta Popular).

Mantém ligação com diversos fóruns regionais e municipais em defesa do SUS. Integra-se com outros aparelhos de luta que promovem esse enfrentamento evidenciado em nosso estudo, visando ao fortalecimento e à construção de uma nova hegemonia. Para tanto, faz-se necessário a resistência contra as proposições do BM/OMS de mercantilização e privatização da saúde, pelas quais estamos ameaçados no cenário contemporâneo.

Entendemos que essa articulação e organização, enquanto aparelho privado de hegemonia contra-hegemônico, é inovadora e forte, por articular organizações políticas tradicionais, como partidos políticos, centrais sindicais, sindicatos, movimentos sociais e a academia. A Frente cumpre um papel de articulação, aglutinação, mobilização e organização de diversas forças em defesa do direito à saúde e contra todas as formas de privatização. Politiza o debate sobre a Saúde e Seguridade Social, pautando o retorno às formulações originais do projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Possui relevância ao se contrapor ao controle social institucionalizado.

A defesa da Seguridade Social, incluindo a saúde, tem que ser uma luta organizada e unificada dos segmentos da classe trabalhadora, articulada com os movimentos já citados, a fim de que se possa avançar na radicalização da democracia social, econômica e política. Exemplo disto foi sua participação na Conferência, quando,

Essa Frente obteve uma grande vitória com as propostas aprovadas durante essa conferência: os delegados rejeitaram todas as formas de privatização da saúde: Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público-privadas (PPPs), bem como outras propostas. Sabe-se que nem tudo o que é definido nas conferências é colocado em prática pelos gestores e pelo parlamento. Mas, por outro lado, as propostas aprovadas servem para legitimar as lutas sociais em torno do seu cumprimento e denunciar a destruição e a privatização do SUS de forma sorrateira,

quase silenciosa, se não fossem as manifestações da Frente e dos fóruns estaduais e municipais (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 145).

Bravo, Andreazzi e Menezes (2017) ressaltam que na atual conjuntura de uma profunda crise de hegemonia do capitalismo, a barbarização e a expropriação da vida social são constantes e, por isto, aponta-se a importância da ampliação da luta coletiva, que possa fortalecer as organizações das classes subalternas. A experiência da Frente tem muito a contribuir como exemplo de viabilidade da construção de uma unidade política entre sujeitos com pautas diferenciadas; a qual pode “inspirar” as esquerdas brasileiras, nesse urgente desafio de construção de uma unidade para o enfrentamento do imperialismo/ultraneoliberalismo que ameaça fortemente os trabalhadores; mobilizando de sujeitos acadêmicos, pesquisadores, comprometidos com a análise crítica das inflexões do capital sobre os direitos do trabalho, especialmente, a saúde e a defesa da proteção social/seguridade social, que foi conquistada por árduas lutas do trabalho. Para tanto, a Frente é anticapitalista e defende a emancipação humana.

APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

Ao desvelar o protagonismo dos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS, como poder político e econômico mundial, apresentado nesta pesquisa desde sua gênese, enquanto instrumentos dos países imperialistas na dominação dos países de economias de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil, analisamos o imperialismo e suas novas configurações enquanto poder de dominação capitalista.

Constatamos que os documentos advindos dos aparelhos multilaterais de hegemonia BM/OMS colocam-se contra o sistema da política de saúde brasileira, desde antes da garantia do SUS, na Constituição de 1988. Através de fortes inflexões, direcionam apoio ao processo de contrarreforma do Estado que toma uma dimensão maior a partir da década de 1990, continua nos governos do PT, intensifica-se no governo ilegítimo de Temer e é acirrado na conjuntura contemporânea, com o desgoverno Bolsonaro.

Em um cenário de ataques às políticas sociais, percebemos que a política de saúde gera interesse a esses aparelhos privados de hegemonia primeiro, por conter o segundo maior orçamento das políticas de seguridade social e, segundo, por configurar-se como nicho potencial de lucro para o capital; por isso tem sido uma das mais afetadas pelas orientações do BM, que detém 31% dos seus investimentos na área da saúde brasileira. Nesse sentido, a política de saúde, no atual contexto, sofre com as tendências de mercantilização, com o avanço nas privatizações, com a focalização e a seletividade, restringindo-se a determinados segmentos da população.

Evidenciamos que a classe dominante tem ampliado seus aparelhos multilaterais de hegemonia na busca pela consolidação de suas premissas que é a captura do fundo público, privatização, austeridade fiscal e mudanças na gestão orçamentária das políticas sociais; sendo estas ferramentas importantes para permitir a canalização de recursos públicos para o grande capital financeiro e, desse modo, atuar sobre os efeitos de uma propagada crise fiscal. As orientações do BM e da OMS têm acelerado a financeirização das políticas sociais com destaque nas políticas de previdência e saúde no Brasil. Os usuários dos programas sociais do governo são usados para remunerar o capital portador de juros, colocando um

desafio muito maior para os movimentos da classe trabalhadora, no momento contemporâneo da luta de classes contra a demolição dos direitos e o fim do SUS.

As proposições do BM/OMS são direcionadas para a política de saúde, com reforço à ideologia neoliberal, defendendo o fim da universalidade do SUS e a diminuição do Estado na prestação de serviços; para a gestão do SUS, com ênfase no gerencialismo; para os gastos em saúde, com proposições de diminuição; e para a relação público/privado, propondo a ampliação do setor privado no sistema de saúde.

Como vimos, o governo ilegítimo de Temer intensificou as contrarreformas e foi o responsável pela sanção da EC- 95 (2016) que congela os gastos em educação e saúde por 20 anos; além do que já é retirado pela DRU das políticas que compõem a Seguridade Social para pagar juros da dívida pública. Verificamos que os documentos do BM/OMS apresentam proposições de corte de gastos para saúde, comparando de forma leviana e indevida os gastos pelo PIB em saúde no Brasil com países da OCDE, sem levar em consideração a particularidade histórica e econômica brasileira. Os textos do BM/OMS mostram-se a favor do desfinanciamento do SUS, apontando tendências desastrosas para o futuro, levando a política de saúde a padecer por desidratação com a falta de recursos.

Os documentos propõem a privatização do SUS por meio da complementaridade invertida, a exemplo das OS, PPP, e da EBSERH, as quais têm propiciado a desestruturação da rede pública de saúde, ao privilegiar a compra de serviços privados, ao invés de investir na ampliação e manutenção dos serviços públicos.

Esse processo tem refletido na precarização dos serviços públicos como a falta de infraestrutura, insumos, recursos humanos, elementos que se refletem, de forma negativa, na prestação de serviços aos usuários do SUS. Sendo esses elementos usados nos documentos do BM/OMS, enquanto justificativa para uma reforma gerencial dura, caracterizando os serviços públicos de saúde ineficientes, enaltecendo o privado como saída necessária de um modelo gerencial com excelência.

Nesse sentido, chegamos à conclusão que as tendências das proposições advindas dos aparelhos privados de hegemonia BM/OMS, no recorte temporal de 2003 a 2018, são ofensivas para a Política Nacional de Saúde brasileira, uma vez que suas orientações são postas no sentido da mercantilização da Política de

Saúde, enquanto nicho de acumulação do capital. O que gera dificuldades de efetivação do SUS por apresentarem propostas de retirada do recurso financeiro e do direito à saúde.

O BM/OMS apontam elementos específicos que se alinham ao aprofundamento dos ditames da ideologia neoliberal e da dependência econômica brasileira com a expropriação de direitos sociais e do fundo público.

Atestamos que os empréstimos fornecidos pelo BM só alargam a situação de dependência de Estados, Municípios e da União. E estes têm incorporado diversas orientações nefastas do BM/OMS para a política de saúde. E isso ocorre, muitas vezes, conforme constatamos na análise da pesquisa, por obrigação e subordinação econômica; ou porque os governantes apoiam significativamente a ideologia neoliberal.

Mediante essas constatações, entendemos ser primordial o fortalecimento e o enfrentamento dos aparelhos privados contra-hegemônicos, a exemplo da FNCPS. Assim, é fundamental que haja uma articulação da classe trabalhadora, dos movimentos sociais, dos fóruns de debates, dos sindicatos, dos partidos, entre outros, para que sejam capazes de barrar as orientações nefastas do BM/OMS, visando à consolidação efetiva de nossos direitos e do nosso sistema de saúde.

A FNCPS está presente em diversos fóruns regionais e municipais na defesa do SUS, assim como outras instituições de luta que integram esse enfrentamento e que foram evidenciadas em nosso estudo como aparelhos contra-hegemônicos, já que visam fortalecer a construção de uma nova hegemonia necessária à resistência contra a mercantilização e à privatização da saúde. Suas estratégias de enfrentamento têm tensionado orientações e impedido que algumas se efetivem na integra.

Em tempos tão difíceis de recrudescimento do conservadorismo, só a luta coletiva poderá preservar a conquista civilizatória do SUS. Por isso, o grito em defesa da saúde pública e universal deve prevalecer da seguinte forma: “O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra nem se vende” (FNCPS).

REFERÊNCIAS

A ANTESSALA DA BARBÁRIE SOCIAL AMPLIFICADA. ENTREVISTA ESPECIAL COM GIOVANNI ALVES. **Instituto Humanistas Unisinos. 2016.** Disponível em: www.ihu.unisinos.br/entrevista . Acesso em: 09 Jun. 2020.

ANÁLISE DA SEGURIDADE SOCIAL 2013. Disponível em: <https://www.anfip.org.br/publicacoes/analise-da-seguridade-social-2013/> . Acesso em: 02 Jun. 2020

ALMEIDA, Celia. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. *In*: C. PEREIRA, T. R. (Org.) **A saúde no Brasil em 2030: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde.** v. 1. NORONHA, J. Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

A ANTESSALA DA BARBÁRIE SOCIAL AMPLIFICADA. ENTREVISTA ESPECIAL COM GIOVANNI ALVES. **Instituto Humanistas Unisinos. 2016.** Disponível em: www.ihu.unisinos.br/entrevista . Acesso em: 09 Jun. 2020.

A TRAVESSIA SOCIAL. **Fundação Ulysses Guimarães. 2016.** Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/a-travessia-social/>. Acesso em: 08 jul. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro.** Grupo Banco Mundial, 2018.

BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo:** Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil. Grupo Banco Mundial, 2017.

BANCO MUNDIAL. **Relatório Anual de 2016.** Washington D.C., 2016.

BANCO MUNDIAL. **20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil:** uma avaliação do Sistema Único de Saúde. Washington D.C., 2013.

BANCO MUNDIAL. **Documento de Avaliação do Projeto sobre a Proposta de Empréstimo no Montante de US\$150 milhões para o Brasil para o Projeto de Modernização de Hospitais de Universidade Federal.** (Report. Nº: 57789-BR) Washington D.C., 2011.

BANCO MUNDIAL. **Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos.** Washington D.C., 2007.

BASTOS, Remo. **Capitalismo e crise:** o Banco Mundial e a educação na periferia capitalista. 1. ed. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

BEHRING, E.R. Estado no Capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. *In*: BOSCHETT, I. BEHRING, E. R. LIMA, R. L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos.** São Paulo: Cortez Editora, 2018, p. 39-72.

BEHRING, E.R. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E.R. Ajuste fiscal permanente e a contrarreforma no Brasil da redemocratização. *In*: SALVADOR, E. BEHRING, E. LIMA, R.L.L (Orgs). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, direitos e política social** Ed. Cortez: São Paulo, 2019, p. 43-65.

BIANCHI, Álvaro. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. **Revista Outubro**, n. 28. Abril, 2017.

BOSCHETT, I. BEHRING, E. R. LIMA, R. L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez Editora, 2018, p. 39-72.

BRAGA, Ruy. A pulsão plebeia: trabalho, precariedade e rebeliões sociais. **Revista Outubro**, n. 27, São Paulo, 2016.

BRAGA, Ruy. **A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista**. São Paulo, Boitempo, 2012.

BRAVO, M.I.S; PELAEZ, E. J.; LIMA, M. N. S. C; SOUZA, R. O. Avanço das contrarreformas da saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. *In*: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; LIMA, R. L. L. (Orgs). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, direitos e política social**. São Paulo: Cortez, 2019, p. 141-163.

BRAVO, M.I.S; PELAEZ, E.J; PINHEIRO, W.N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Revista Argumentum**, v. 10, 2018.

BRAVO, M.I.S; ANDREAZZI, M.F.S; MENEZES, J. S. B. As Lutas pela Saúde nos anos 2000: a participação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. *In*: SILVA, A.X. NOBREGA, M. B. MATIAS, T. S. C. (Orgs). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. EDUEPB: Campina Grande, 2017, p. 23-51.

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

BRAVO, M.I.S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Revista Serv. Soc. Soc.** n.105. São Paulo Jan./Mar., 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Plano diretor da reforma do aparelho do estado**. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, Brasília, 1995.

BRASIL. **Portaria GM nº 1.482, de 4 de agosto de 2016**. Institui Grupo de Trabalho para discutir Proposta de Plano de Saúde Acessível. Brasília, 2016.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências, Brasília, 2016.

BRASIL. **Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2017.

BRAZ, Marcelo. Capitalismo, crise e lutas de classes contemporâneas: questões polêmicas. **Revista Sev. Soc. Soc.**, n. 111, São Paulo, 2012.

BRETTAS, Tatiana. **Capital financeiro, fundo público e políticas sociais:** uma análise do lugar do gasto social no governo Lula. 2013. Tese (Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, 2013.

BRETTAS, Tatiana. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), n. 34, jul./dez. 2017.

BOSCHETTI, I. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. *In*: BOSCHETTI, I. (Orgs). **Expropriação e direitos no capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2018, p. 131-165.

BOSCHETTI, I.S. TEIXEIRA, S.O. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. *In*: SALVADOR, E. BEHRING, E. LIMA, R.L.L (Orgs). **Crise do capital e fundo público:** implicações para o trabalho, direitos e política social. São Paulo: Cortez, 2019, p. 67-97.

CARCANHOLO, Marcelo. Dependência e superexploração da força de trabalho no desenvolvimento periférico. *In*: SADER, E; SANTOS, T. **A América Latina e os desafios da globalização.** Rio: Ed. PUC; São Paulo: Boitempo, 2009.

CARNUT, L. NARVAI, P.C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Revista Saúde Soc.** v. 25, São Paulo, 2016.

CASIMIRO, Flávio Henrique Calheiros. **A nova direita:** aparelhos de ação política e ideológica no Brasil contemporâneo. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

CASTELO, Rodrigo. Gramsci e o conceito de crise orgânica. **Revista Margem esquerda ensaios marxistas.** n.19, out., São Paulo: Boitempo, 2012.

CASTELO, Rodrigo. **O Social-Liberalismo:** auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CASTELO, Rodrigo. Supremacia rentista no Brasil neoliberal e a violência como potência econômica. **Revista Universidade e Sociedade**, n. 60, ANDES–SN, jun. 2017, p. 58-71.

COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONOMICOS DO SENADO. **Documento Empréstimos internacionais feitos por estados e municípios brasileiros.** 2012. Disponível em: www.senado.gov.br. Acesso em: 08 ago. 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** Mecanismo de Controle Social Frente às Condicionalidades dos Organismos Financeiros Internacionais. 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005, 343f.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. *In:* CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. (Orgs). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde:** interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

CHESNAIS, François. **Doze teses sobre a mundialização do capital.** *In:* FERREIRA, Carla; SCHERER, André Forte. **O Brasil frente à ditadura do capital financeiro:** reflexões e alternativas. Lajeado: UNIVATES, 2005.

DEMIER, F. **Depois do Golpe:** a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DEMIER, Felipe; DURIGUETTO, Maria Lúcia. Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. **Revista Argumentum**, v. 9, Vitória- ES, 2017.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

FONTES, Virgínia. A transformação dos meios de existência em capital: expropriações, mercado e propriedade. *In:* BOSCHETTI, I. (Orgs). **Expropriação e direitos no capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2018, p. 17-61.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo teoria e história.** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2010.

GIOVANELLA, Ligia. Ajuste fiscal e injustiças em saúde – Breve comentário ao relatório do Banco Mundial 2017 'Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil' – Capítulo Saúde. **Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz**, 2018. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699> . Acesso em: 02 jan. 2018.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere, v 6.** Rio de Janeiro. (org.) Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere, v 2.** (Org.) Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere, v 3.** Rio de Janeiro. (org.) Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b.

GONÇALVES, R. **Desenvolvimento às avessas: verdade, má-fé e ilusão no atual modelo brasileiro de desenvolvimento**. Rio de Janeiro: LCT, 2013.

HARVEY, David. **Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. 8. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HARVEY, David. **O neoliberalismo história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE**. Conta-Satélite de Saúde, 2018. Disponível em: www.agenciadenoticias.ibge.gov.br. Acesso em: 08 ago. 2020.

IANNI, Octávio. A Construção da categoria. In: **Revista HISTEDBR Online**, v. 11, n. 41, 2011. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639917/7480>. Acesso em: 20 fev. 2017.

IANNI, Octávio. **Imperialismo na América Latina**. v. 58. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1974.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. (trad. De Célia Neves e Alderico Toríbio). 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976 (reimpressão: 2002).

LAGE, Daniel. Elos da estratégia democrático-popular com a socialdemocracia: a atualização do estado burguês In: IASI, M; FIGUEIREDO, I. S.; NEVES, V. (Orgs). **A estratégia democrático popular um inventário crítico**. São Paulo: Ed. Lutas anticapital, 2019.

LENIN, V. I. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale. **Dicionário Gramsciano (1926-1937)**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

LIMA, Joseane Barbosa de. As Relações do Brasil com FMI na Gestão do Governo Lula. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 153-175, jan/jun, 2013.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital: os fatos a sua interpretação marxista**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1990.

MARINI, Ruy. Sobre a dialética da dependência. 1973. In: TRASPADINI, Roberta; STEDILE, João Pedro. **Ruy Mauro Marine vida e obra**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

MARTINS, C; PRADO, F.C.; FIGUEIREDO, I. M.; MOTTA, S.; NEVES, V. A estratégia democrático-popular e um inventário da esquerda revolucionária. In: IASI, M; FIGUEIREDO, I. S.; NEVES, V. (Orgs). **A estratégia democrático popular um inventário crítico**. São Paulo: Lutas anticapital, 2019.

MARX, K. **Para a Crítica da Economia Política**. São Paulo: Abril cultural. (coleção os Economistas), 1982.

MATTOS, Marcelo Badaró. **A classe trabalhadora de Marx ao nosso tempo**. São Paulo, Ed. Boitempo, 2019.

MAURIEL, Ana Paula. Estado e expropriações do capitalismo dependente. *In*: BOSCHETTI, I. (Orgs). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018, p.17-61.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **A saúde pública continua na mira do austero banco mundial**. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/saude-publica-continua-na-mira-do-austero-banco-mundial-por-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/32393/>. Acesso em: 02 jan. 2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo. **Revista Saúde Soc.** v. 24, São Paulo, 2015.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Revista Saúde Soc.** v. 27, São Paulo, 2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Revista Ser Social.** v. 22, Brasília, 2020.

MÉSZAROS, István. **Para Além do capital: Rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MIGUEL, Luís Felipe. **Dominação e resistência: desafios para uma política emancipatória**. São Paulo: Boitempo, 2018.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Relatório do gasto federal anual em saúde**. 2016, Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 08 ago. 2020.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETO, C.A.D. A agenda do Banco Mundial para a política de saúde brasileira: uma análise do documento “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil”. *In*: CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

OLIVEIRA, J.A. Para uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais. **Revista Saúde em Debate.** v. 2, abr., Rio de Janeiro, 1988.

OSORIO, Jaime. Dependência e Superexploração. *In*: SADER, E; SANTOS, T. **A América Latina e os desafios da globalização**. Rio: Ed. PUC; São Paulo: Boitempo, 2009.

OSORIO, Jaime. Sobre superexploração e capitalismo dependente. **Revista Scielo**. v. 31, Salvador, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório 30 anos do SUS. Que SUS para 2030?** Brasília-DF, 2018.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Poder, política e dinheiro: a trajetória do Banco Mundial entre 1980 e 2013. *In*: PEREIRA, J. M. M; MARCELA, P. (Orgs). **A demolição de direitos: um exame das políticas do banco mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público, crise e financeirização da previdência social. *In*: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; LIMA, R. L. L (Orgs). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, direitos e política social**. São Paulo: Cortez: 2019, p. 99-121.

SADER, E. A Construção da hegemonia a pós-neoliberal. *In*: SADER, E. (Org.). **Dez anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Flasco, 2013.

SAMPAIO JR. P. A. Imperialismo, revisão neocolonial e revolução na América Latina. *In*: CASTELO, R. (Org.). **Encruzilhadas da América Latina no século XXI**. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.

SANTOS, V. M. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSS) como modelo privatizante. *In*: CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos-coletivos no processo da reforma sanitária brasileira**. 2013. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2013, 252f.

SILVA, Alessandra Ximenes da. Contrarreforma na Política de Saúde e a Função dos Intelectuais Coletivos. *In*: SILVA, A. X.; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Orgs). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017, p. 23-51.

SITCOVESKY, Marcelo. Dez anos de governo do Partido dos Trabalhadores: pós-neoliberalismo, neodesenvolvimentismo, transferência de renda e hegemonia. **Revista Praia Vermelha**, v. 23. Rio de Janeiro, 2013.

SINGER, A. **O Lulismo em crise: um quebra – cabeça do período Dilma (2011 – 2016)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SOARES, Raquel. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao serviço social, 2010. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2010, 210f.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Reconfigurações do Público e do Privado na Saúde. *In*: SILVA, A. X.; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Orgs). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social:** as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017, p.137-156.

UMA PONTE PARA O FUTURO. **Fundação Ulysses Guimarães. 2015.** Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf> . Acesso em: 08 jul. 2020.