



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ALESSANDRA XIMENES DA SILVA

**LUTAS SOCIAIS E CONTRADIÇÕES DOS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS
NO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

**Recife/PE
2013**

ALESSANDRA XIMENES DA SILVA

**LUTAS SOCIAIS E CONTRADIÇÕES DOS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS
NO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

Tese apresentada à Banca examinadora
do Curso de Doutorado em Serviço Social
da Universidade Federal de Pernambuco,
sob a orientação da Profa. Dra. Ana
Cristina de Souza Vieira.

**RECIFE
2013**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

- S586l Silva, Alessandra Ximenes da
Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira / Alessandra Ximenes da Silva. - Recife : O Autor, 2014.
253 folhas : il. 30 cm.
- Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina de Souza Vieira.
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2014.
Inclui referências.
1. Políticas de saúde 2. Saúde coletiva. 3. Reforma Sanitária – Brasil. 4. Saúde pública. I. Vieira, Ana Cristina de Souza (Orientadora). II. Título.
- 361.68 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2014 – 107)

**LUTAS SOCIAIS E CONTRADIÇÕES DOS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS NO
PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção de Título de Doutor em Serviço Social.

Aprovado em:27/03/2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Inês Souza Bravo
(Examinadora externa)

Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia
(Examinadora externa)

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
(Examinadora externa)

Profa. Dra. Raquel Cavalcante Soares
(Examinadora externa)

À memória de Luiz Torres de Sá pelo incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

Ao término deste trabalho, quero registrar os meus sinceros agradecimentos a todos que, no longo e difícil caminho percorrido, contribuíram para a sua elaboração.

À minha orientadora, Ana Vieira, que me encorajou no objeto de estudo ao fazer indagações e suscitar reflexões importantes; o seu compromisso, apoio e dedicação durante todo o processo de realização do trabalho.

À Pós-graduação em Serviço Social da UFPE e ao CNPq, pelo apoio na realização desse estudo.

Ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, especialmente à Francinete, Thereza Karla, Patrícia, Jordeana, Sheyla, Socorro, Moema, Mônica, Cleomar e todos os demais, pelo incentivo e apoio constantes.

Ao prof. Jorge Luís Acanda, pelo compartilhamento e contribuição acerca da temática.

À prof^a. Ana Elizabete Mota, pelas contribuições no momento da qualificação do projeto de tese e por me incentivar a fazer Doutorado Sanduíche na UFRJ, o que possibilitou o aprofundamento do nosso estudo.

À Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e aos Fóruns de Saúde do Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas, Paraná e Londrina que participaram da pesquisa e disponibilizaram os dados solicitados.

Ao Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e ao CEBES e a ABRASCO pelo acesso aos documentos durante a realização da pesquisa.

À memória de minha mãe, Maria Ximenes, que muito lutou para que eu me tornasse independente.

À minha irmã Adriana, pelo incentivo a esse trabalho e a todos nossos momentos de compartilhamentos alegres e tristes.

Ao meu tio Elon, pelo apoio, incentivo e acima de tudo por ter me encorajado a sempre seguir em frente.

Às minhas queridas primas Neida, Darcy, Neta e Nadja, pelo carinho, atenção e presença constante, sem elas, a vida seria bem mais difícil.

A Leonardo, pelo incentivo e os momentos compartilhados acerca da vida e da filosofia.

A Jônatas Souza, pela atenção e revisão criteriosa.

Às minhas amigas Terezinha Tabosa, Veridiana, Maria José, Terezinha, Cláudia, Raquel, Elza, Patú, Sueli, Ivanise, Eliane, Georgina, Gleisse, Camila, Marionita e Cynara.

À Inês Lúcia, Hosana, Mitico e Lúcia pelo grande apoio que recebi.

Por último, um agradecimento especial à minha turma de doutorado - Miriam, Kathleen, Aione, Maurício, José Mário, Gustavo, Ana, Tereza, Nelmiros, Josie, Socorro, Djanise e Glória - pelo compartilhamento do processo de aprendizagem e os bons momentos vividos.

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; e portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais importante e “original” do que a descoberta, por parte de um “gênio” filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais.

Gramsci (1999, p. 95-96)

RESUMO

A presente tese de doutorado objetiva analisar as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no Projeto de Reforma Sanitária Brasileira enquanto projeto político-emancipatório. A fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, pois esta permite a análise do reordenamento político institucional do processo de Reforma Sanitária Brasileira e o seu processo de disputa na sociedade civil pelos sujeitos políticos coletivos. Para empreender essa análise estruturamos o processo no levantamento bibliográfico, na análise de documentos representativos da defesa de interesses dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Tal fenômeno revela que na contemporaneidade existem diferentes projetos de Reforma Sanitária defendidos pelos sujeitos políticos coletivos. Os sujeitos políticos coletivos estudados foram do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, sendo estes expressos através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e; da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, através dos Fóruns de Saúde de Alagoas, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Londrina. Podemos identificar duas tendências: a primeira que adere a perspectiva da terceira via, baseado na ideologia da pós-modernidade e na ideologia social-liberal, que tende a construção do consenso e apassivamento e; a outra que defende a radicalização da democracia e a construção da vontade coletiva para retomar o projeto de Reforma Sanitária dos anos 1980, essa última perspectiva tende a resistência. O projeto que predomina é o da terceira via que tem seus fundamentos reforçados pelas concepções Pós-modernas, as quais, a realidade é um todo fragmentado, marcado pela efemeridade e pela indeterminação, o que impossibilita explicar a totalidade, ou seja, o real não é possível de ser explicado e entendido em sua globalidade, podendo apenas as suas partes serem descritas de forma isolada e fragmentadas, esse projeto tem sido defendido pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi criada na perspectiva de fortalecer o projeto de Reforma Sanitária da década de 1980, na perspectiva de barrar os processos de privatização em curso na saúde, No entanto, na correlação de forças existentes o projeto de Reforma Sanitária da terceira via tem sido o predominante.

Palavras-chave: Lutas Sociais. Sujeitos políticos coletivos. Reforma Sanitária Brasileira. Fórum da Reforma Sanitária. Frente Nacional contra Privatização da Saúde.

ABSTRACT

This doctoral thesis aims to examine the Social Struggles and Contradictions of Collective Political Subjects in the Project for Sanitary Reform in Brazil, from the perspective of a project for political emancipation. The theoretical-methodological basis of this research is rooted in the dialectical reasoning of critical social theory, which allows for an analysis of institutional and political realignment in the process of Sanitary Reform in Brazil, and its dispute within civil society by collective political subjects. For an understanding of this analysis, we frame the process within a bibliographical survey and an examination of documents representative of the interests of collective political subjects in the project for Sanitary Reform in Brazil. This phenomenon reveals the contemporary existence of different Sanitary Reform projects defended by collective political subjects. These subjects that we studied were the Forum for Brazilian Sanitary Reform, represented by the Brazilian Center for Studies on Health (Cebes) and the Brazilian Association of Post-Graduate Studies on Public Health (Abrasco); and the National Front against the Privatization of Health, represented by the Health Forums of Alagoas, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná and Londrina. We can identify two tendencies: the first adheres to the third way perspective, which is based on a postmodern, socio-liberal ideology that leans towards appeasement and the building of consensus. The second stands for the radicalization of democracy and the building of collective will to bring back the project for Sanitary Reform that began in the 1980s. This latter tendency leans towards resistance. The predominant project, defended by the Forum for Brazilian Sanitary Reform, is that of the third way, whose roots are reinforced by postmodern concepts, including the idea that reality is fragmentary, ephemeral and indeterminate, making it impossible to account for the whole. In other words, the “real” cannot be explained and understood in its totality; only its parts can be described in an isolated, fragmentary fashion. The National Front against the Privatization of Health was created with a view towards strengthening the Sanitary Reform project that was initiated in the 1980s, and fighting privatization in the health sector. However, in the correlation of existing forces, the Sanitary Reform project, grounded in the third way, has emerged predominant.

Keywords: Social Struggles. Collective Sanitary Reform in Brazil. Political Subjects. Forum for Brazilian Sanitary Reform. National Front against the Privatization of Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABH- Associação Brasileira de Hospitais

ABRANGE- Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde

ALAMES – Associação Latinoamericana de Medicina Social

AMB – Associação Médica Brasileira

AMPASA – Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde

ANDES – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

ANMR – Associação Nacional dos Médicos Residentes

APSP – Associação Paulista de Saúde Pública

ARENA – Aliança Renovadora Nacional

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CBSC – Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

CDES – Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGTB – Confederação Geral dos Trabalhadores do Brasil

CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CSP – Central Sindical Popular

CTB – Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DRU – Desvinculação de Recursos da União

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FDSCPAL – Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização de Alagoas

FEDP – Fundações Estatais de Direito Privado

FENAESS – Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviço de Saúde

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FOPS – Fórum de Saúde do Paraná

FPSESP – Fórum Popular de Saúde do Estado de São Paulo

FS – Força Sindical

FSRJ – Fórum de Saúde do Rio de Janeiro

HUs – Hospitais Universitários

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MOPS- Movimento Popular em Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores sem Terra

NCST – Nova Central Sindical dos Trabalhadores

NMS – Novos Movimentos Sociais

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OSs – Organizações Sociais

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAC – SAÚDE – Programa Mais Saúde Direito de Todos

PC do B – Partido Comunista do Brasil

PCCS – Planos de Cargos, Carreiras e Salários

PCB – Partido Comunista Brasileiro

PDS – Partido Democrata Social

P & D – Pesquisa e Desenvolvimento

PDT - Partido Democrático Trabalhista

PFL – Partido da Frente Liberal

PIB – Produto Interno Bruto

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PP – Partido Popular

PPS – Partido Popular Socialista

PPPs – Parcerias Público Privadas

PSF – Programa de Saúde da Família

PSTU – Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado

PSOL – Partido Socialismo e Liberdade

PT- Partido dos Trabalhadores

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

RCB – Receita Corrente Bruta

RM – Residência Médica

REME – Movimento de Renovação Médica

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Emergência

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

SUS – Sistema Único de Saúde

UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

UST – União Sindical dos Trabalhadores

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM QUESTÃO	25
2.1	A CONJUNTURA PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988 E REPERCUSSÕES NA ÁREA DE SAÚDE	31
2.2	OS GOVERNOS LULA E DILMA: A ADESÃO À IDEOLOGIA SOCIAL-LIBERAL	35
2.3	REVOLUÇÃO PASSIVA OU CONTRARRERFORMA	58
3	OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	65
3.1	OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS	66
3.2	OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	75
3.3	O DEBATE ACERCA DA SOCIEDADE CIVIL	91
3.4	OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS E OS SEUS INTELECTUAIS	103
3.5	OS INTELECTUAIS: ADESÃO À IDEOLOGIA DA PÓS-MODERNIDADE E À CONSTRUÇÃO DA VONTADE COLETIVA	107
4	AS CONCEPÇÕES IDEOPOLÍTICAS DA REFORMA SANITÁRIA NA CONTEMPORANEIDADE	113
4.1	FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA: CONSTRUÇÃO DO CONSENSO E APASSIVAMENTO DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	114
4.1.1	A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil	126
4.1.2	O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)	139
4.1.3	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO	148
4.2	CONSTRUÇÃO DO CONSENSO E APASSIVAMENTO DO PROJETO DA RSB	161
5	A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: RESISTÊNCIA ÀS INFLEXÕES DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	167
5.1	DOCUMENTO CONTRA FATOS NÃO HÁ ARGUMENTOS QUE SUSTENTEM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL	180
5.2	A AGENDA PARA A SAÚDE	186
5.3	FÓRUM DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	205
5.4	FÓRUM EM DEFESA DO SUS E CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DE ALAGOAS	209
5.4.1	Principais atividades desenvolvidas pelo FDSCPAL:	213
5.5	FÓRUM POPULAR DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO	217
5.6	FÓRUM DE SAÚDE DO PARANÁ	220
5.7	FÓRUM POPULAR EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA DE LONDRINA	223

5.8 RESISTÊNCIA ÀS INFLEXÕES DO PROJETO E PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	225
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	230
REFERÊNCIAS	239
WEBSITES CONSULTADOS.....	253

1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata sobre As lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na contemporaneidade. Tal temática se apresenta hoje como um grande desafio a ser desvelado, devido às mediações necessárias para dar conta do objeto de estudo. Uma vez que, o projeto de RSB, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS) tem apresentado vários problemas para a sua efetividade entre os quais se destacam: o não cumprimento da universalidade e da integralidade e; a tendência privatista hoje predominante através dos novos modelos de gestão, que passam a gerir os serviços de saúde públicos.

Esses novos modelos de gestão são configurados em Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público- privadas (PPPs). Tais modelos têm proporcionado inversão dos princípios do SUS, uma vez que têm fomentado a precarização do trabalho e dos serviços de saúde; a focalização da assistência e a alocação do fundo público da saúde no setor privado. Esses aspectos têm facultado a não concretização do SUS e o seu desmonte.

O projeto de RSB para se efetivar enquanto projeto político-emancipatório deve se realizar tanto no plano do movimento, ou seja, no processo, quanto no plano das instituições. Isso implica na construção de uma nova racionalidade, distinta da anterior. Para tanto, esse processo vincula-se à luta pela hegemonia que compreende uma reforma intelectual e moral que também deve estar ligada a um programa de reforma econômica que é, exatamente, o seu modo concreto de apresentar-se. Pensar a construção de uma nova forma social, uma nova sociabilidade, apenas é possível se pensado conjuntamente as formas específicas de sua realização.

Nosso interesse pelas políticas de saúde perpassa toda a nossa trajetória acadêmica e profissional, desde o Mestrado em Serviço Social na UFPE com a defesa da dissertação intitulada: Representação, Participação e Defesa de Interesses no Processo de Democratização da Gestão da Política de Saúde: a questão do Conselho Municipal de Saúde do Recife. Deparamo-nos com os desafios

enfrentados pelos sujeitos políticos coletivos no processo de formulação, avaliação e deliberação das políticas de saúde. Posteriormente demos seguimento a estudos através do Núcleo de Pesquisas em Práticas Sociais (NUPEPS), vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), vinculados à mesma temática.

Outro aspecto fundamental que suscitou o interesse pela temática foi a consultoria técnica realizada junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), no período de 2003/2007, a qual fez com que participássemos das reuniões ordinárias, extraordinárias e das comissões do CNS. Essa participação possibilitou que observássemos as defesas de interesses dos sujeitos políticos coletivos na instância máxima de deliberação das políticas de saúde e as mudanças apresentadas nas formulações dos sujeitos políticos coletivos, alguns precursores do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Tal aspecto chamava atenção, uma vez que se apresentavam inflexões nas formulações e deliberações dos sujeitos políticos coletivos naquele espaço, ao longo do período.

Nas observações realizadas no CNS, apresentaram-se alguns aspectos necessários à reflexão entre os quais se destacam: 1) sujeitos políticos coletivos antes protagonistas de mobilizações importantes nas lutas pela saúde como direito e dever do Estado, tais como a CUT, o MOPS e a Contag etc., deixam de ser protagonistas das grandes mobilizações e articulações, inclusive na Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; 2) sujeitos políticos coletivos protagonistas importantes do movimento sanitário, tais como: o CEBES e a ABRASCO, passam a defender de forma constante propostas governamentais e, assumem o papel de articuladores junto ao governo e também de intermediários junto ao CNS; 3) alguns representantes da ABRASCO e do CEBES, ao longo do processo assumem cargos de direção junto ao governo federal; 4) perda do protagonismo dos sujeitos políticos coletivos representantes dos usuários no processo de mobilização das lutas pela saúde no CNS; 5) os sujeitos políticos coletivos representantes dos trabalhadores em saúde passam a assumir o protagonismo das principais lutas pela saúde no CNS, tanto que um representante dos trabalhadores em saúde assume à presidência ; 6) o fenômeno de um trabalhador em saúde com posições de defesa do projeto de RSB, enquanto projeto político-emancipatório e posição contrária à implementação dos novos modelos de gestão passam a incomodar o governo e

setores representantes do privado e; 7) o início do processo que culminou posteriormente com o retorno da presidência do CNS ao ministro da saúde, com o apoio da ABRASCO, do CEBES e dos usuários.

Portanto, motivados pelo desafio de desvelar esse fenômeno, no doutorado, o nosso interesse de investigação se volta para as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade.

Cabe aqui questionar por que contemporaneidade? Ocorre que no início do governo Lula houve uma expectativa por parte dos sujeitos políticos coletivos do retorno à agenda da Reforma Sanitária e foi criado em 2005, o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, se revelaram várias contradições nesse processo, tanto no que se refere à formação do Fórum, que apresenta mudanças no direcionamento político das suas proposições quanto dos sujeitos políticos coletivos que participam.

O governo Lula passa a ser protagonista, principalmente a partir de 2007, de uma nova ideologia que combina crescimento econômico com desenvolvimento social. De acordo com Mota (2010, p. 20), o governo Lula “é palco da conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias: as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista”. Tal conjuntura trouxe como consequência um processo de repolitização regressiva da política que se faz com os argumentos antineoliberais, anti-imperialistas, porém em defesa do nacional-capitalismo, na perspectiva do desenvolvimento do país, cuja principal mediação não são as reformas sociais com impacto na redistribuição de renda.

Esse contexto teve um impacto tanto na formulação e condução de políticas do governo, incluídas as políticas de saúde, quanto no protagonismo dos sujeitos políticos coletivos do Movimento Sanitário na luta efetiva por um projeto de Reforma Sanitária político-emancipatório.

Nossa hipótese é que existem mudanças nas orientações das propostas e práticas dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, construído na década de 1980, principalmente a partir de 2007. Há uma flexibilização de suas proposições pautadas nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro.

Outro aspecto relevante foi a criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) em 2010, com o objetivo de resistir aos processos de privatização na saúde que têm avançado no Brasil. Os sujeitos políticos coletivos integrantes da Frente reafirmam a importância de fortalecer o movimento em defesa do SUS nos moldes da mobilização e organização do final da década de 1980, que resultou na Constituição de 1988 na incorporação da saúde como direito universal e dever do Estado. A Frente se contrapõe às defesas de proposições, na atualidade, da agenda política do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que defende um projeto da terceira via.

A criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde aparece como uma nova forma de mobilização e organização dos sujeitos políticos coletivos por uma agenda da Reforma Sanitária que defende princípios político-emancipatórios.

Tal conjuntura revela que, na contemporaneidade, o processo de Reforma Sanitária Brasileira se desenvolve entre distintos projetos que estão em disputa. Os sujeitos políticos coletivos que na década de 1980 formularam propostas da RSB enquanto perspectiva de transformação social, projeto civilizatório e luta de caráter democrático popular, na contemporaneidade, apresentam propostas inconciliáveis com a universalidade e a integralidade, uma vez que o enfoque passa a ser no crescimento econômico com o desenvolvimento social, mas com vista à focalização. Para tanto, as preocupações se voltam para o acesso, cuidado e qualidade; a justiça social; a Reforma Sanitária enquanto Reforma Solidária e; a transformação por dentro do SUS. Tais perspectivas não fortalecem o projeto de RSB enquanto projeto político-emancipatório, ou seja, civilizatório e de lutas popular democráticas. Ao contrário, tendem a fortalecer a tendência privatista e o processo de contrarreforma em curso.

Diante das contradições acima expostas, alguns questionamentos são relevantes para o aprofundamento da temática: Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade, a saber:

- Por que há uma inflexão na RSB na perspectiva de alguns sujeitos políticos coletivos que demandavam uma proposta político-emancipatória de RSB?

- Por que alguns sujeitos políticos coletivos da RSB tentam conciliar diferentes perspectivas de projetos com interesses opostos e contraditórios? Quem resiste? Quem consensua?
- Que sujeitos políticos coletivos no cenário nacional defendem a RSB nos moldes de 1980?

É neste sentido que a presente tese objetiva desvelar as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo de Reforma Sanitária Brasileira, enquanto projeto político-emancipatório. Para tanto, necessário se faz:

- Analisar os interesses dos sujeitos políticos coletivos no projeto da RSB na contemporaneidade;
- Apreender as inflexões dos sujeitos políticos coletivos pelo projeto da RSB;
- Identificar as resistências e consensos dos sujeitos políticos coletivos frente à RSB enquanto projeto político-emancipatório.

A fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, pois esta permite a análise do reordenamento político institucional do processo de RSB e o seu processo de disputa na sociedade civil pelos sujeitos políticos coletivos. Levamos em consideração sua inter-relação entre as expressões particulares/singulares – dadas em âmbito local, e os aspectos gerais/universais, dados na totalidade. Desse modo, o método crítico-dialético e suas categorias de análise - como contradição, movimento e totalidade - é o caminho do pensamento pelo qual buscamos nos aproximar e reconstruir nosso objeto de estudo.

Ressaltamos, pois, que o processo metodológico envolveu o caminho de ida, o caminho de investigação, no qual foi possível apreender o conjunto de elementos que conformam uma dada realidade, estruturada desde os fenômenos mais simples aos mais complexos. Foi nesse caminho que pudemos ultrapassar a “representação caótica de um todo” que, no caminho de volta, se expressa numa “síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso”. Assim, da aparência superficial do real, os métodos de investigação e de exposição deverão nos conduzir à essência dos fenômenos, com suas relações, mediações e determinações, reintegrando, numa mesma unidade, aparência e essência (Marx, 1978, p. 116).

Na perspectiva de esclarecimento das mediações entre aparência e essência, empreendemos um processo de pesquisa dos sujeitos políticos coletivos, de suas

lutas sociais e contradições no projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Nosso período de estudo abrange os dois mandatos do governo Lula e os dois anos do governo Dilma Rousseff, o que corresponde aos anos de 2003 a 2012. Privilegiamos a pesquisa e análise documental, a observação e a nossa participação no processo de RSB para apreender as contradições dos sujeitos políticos coletivos participantes do processo de formulação de propostas da RSB. Entre estes se destaca o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, ressaltando a trajetória do CEBES e da ABRASCO, por esses sujeitos políticos coletivos darem a direção política no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. A seguir, analisamos a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e expomos a trajetória dos Fóruns de Saúde mais antigos que compõem a Frente, sendo estes: Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Londrina. Nosso estudo é de natureza qualitativa em que seguimos como recurso metodológico necessário à apropriação do objeto:

- Aprofundamento e reconstrução do objeto de estudo que suscitou fazer levantamento e análise bibliográfica acerca das categorias e conceitos do estudo, tais como: Reforma Sanitária, sujeitos políticos coletivos, ideologia, sociedade civil, apassivamento, consenso, resistência, transformismo, pequena política, grande política, vontade coletiva e hegemonia.
- Análise dos documentos formulados pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, sendo estes: 1) Carta de Brasília (2005); 2) Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros (2005); 3) O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade (2006); 4) Boletins da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) e; 5) Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (2010). Fizemos análise desses documentos na perspectiva de identificar os principais direcionamentos do Fórum e as suas proposições. Analisamos os documentos: Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade da gestão pública e gestão de recursos (Banco Mundial, 2007) e; Temas para o Desenvolvimento com Equidade (Fundação Getúlio Vargas, 2006). Esses documentos foram analisados na perspectiva de identificar as diretrizes para as políticas de saúde e foram comparados aos documentos formulados pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Foram também analisados boletins, periódicos, manifestos e estatutos do CEBES e da ABRASCO. Além das publicações: Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO e; Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária (publicação do CEBES). Recorremos também à análise dos sites de documentos disponíveis sobre as bandeiras de luta e trajetórias desses sujeitos políticos coletivos.
- Análise dos documentos formulados pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, dentre os quais relatórios dos seminários realizados no Rio de Janeiro (2010), e em São Paulo (2011); a cartilha

Em Defesa do SUS: público, estatal universal e de qualidade (que contém uma agenda para saúde), panfletos, boletins e documentos entre os quais se destacam: *Contra Fatos* não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil e; *O que é a Frente*. Esses documentos foram analisados na perspectiva de identificar as principais proposições da Frente e analisar o seu direcionamento. Recorremos também à análise dos sites de documentos disponíveis sobre as bandeiras de luta e trajetórias dos sujeitos políticos coletivos que compõem a Frente.

- Também foi realizada observação para apreender a mobilização e organização dos sujeitos políticos coletivos e as defesas de interesses acerca da Reforma Sanitária Brasileira, nos três seminários realizados pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: o primeiro foi realizado no período de 22 a 23 de novembro de 2010, no Rio de Janeiro; o segundo no período de 09 a 10 de julho de 2011, em São Paulo e; o terceiro no período de 07 a 10 de junho de 2012, em Alagoas. Nesses seminários, a nossa observação foi realizada na qualidade de participante dos seminários. Além dessas observações, também observamos e participamos das reuniões da Frente realizadas durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011 e participamos do 2º Simpósio de Política e Saúde do CEBES, no período de 07 a 09 de julho de 2011 em Brasília. Todas as apresentações e manifestações realizadas nesses eventos foram gravadas pela pesquisadora.

Procedida a investigação e a análise dos dados coletados, esta tese apresenta uma sistematização do objeto. A apresentação do conjunto da nossa análise está estruturada em quatro capítulos e considerações finais.

O primeiro capítulo – **a Reforma Sanitária Brasileira em Questão**– apresenta as principais concepções da Reforma Sanitária e as contradições do processo de sua formulação. A seguir, são analisados os governos Lula e Dilma, no qual afirmamos a adesão desses governos à ideologia social-liberal e apresentamos a configuração das políticas de saúde nos referidos governos. Discute-se, se no atual contexto da realidade brasileira existe uma Revolução Passiva ou Contrarreforma.

O segundo capítulo – **Os Sujeitos Políticos Coletivos e a Reforma Sanitária Brasileira** – expõe o conceito de sujeitos políticos coletivos, que implica na construção de projetos e ações para garantir uma determinada hegemonia, ou seja, a luta pela manutenção ou para a transformação. Para tanto, são analisadas as concepções teóricas que embasam os movimentos sociais na contemporaneidade.

Também aborda a trajetória política dos principais sujeitos políticos coletivos da RSB, articula o debate ao conceito de sociedade civil na perspectiva gramsciana, aonde são construídos os aparelhos privados de hegemonia. E analisa os intelectuais dos sujeitos políticos coletivos e o seu papel no projeto da RSB.

O terceiro capítulo – **As concepções ideopolíticas da RSB na contemporaneidade** – analisa as principais tendências dos sujeitos políticos coletivos no projeto de RSB. Enfatiza uma tendência à construção do consenso e apassivamento do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, explícitas através do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira.

O quarto capítulo – **A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: resistência às inflexões do projeto de Reforma Sanitária Brasileira** – analisa a outra tendência dos sujeitos políticos coletivos na perspectiva de resistir ao desmonte do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, apresenta a defesa da radicalização da democracia e a construção da vontade coletiva, na perspectiva de retomar o projeto de Reforma Sanitária, formulado na década de 1980.

Por fim, nas considerações finais, chega-se à conclusão que no atual contexto da realidade brasileira, o processo de RSB vem construindo diferentes projetos. Os dois dos mais importantes sujeitos políticos coletivos que foram protagonistas do projeto de RSB na década de 1980, na contemporaneidade, inflexionaram as suas proposições, tais como o CEBES e a ABRASCO.

Os sujeitos políticos coletivos possuem seus intelectuais que disseminam ideologias. Os intelectuais da tendência predominante, que é denominada de terceira via, têm disseminado as concepções da pós-modernidade em articulação com a ideologia social-liberal. Vem se constituindo como base para o projeto de hegemonia do capital e tem contribuído nessa perspectiva para apassar as lutas sociais, através da construção de consensos, o que levaria nas reflexões de Coelho (2005) a “uma esquerda para o capital” e a uma “direita para o social” (Neves, 2010). Tais ideologias têm uma influência significativa no modo de pensar dos intelectuais na contemporaneidade e na forma como esses têm realizado e disseminado a leitura da realidade e orientado as práticas dos sujeitos políticos coletivos.

Esses aspectos são reforçados na contemporaneidade pela perspectiva da pós-modernidade, sendo esta uma ofensiva ideológica e cultural do capitalismo contemporâneo. Para a maior parte das concepções pós-modernas, a realidade é um todo fragmentado, marcado pela efemeridade e pela indeterminação, o que impossibilita explicar a totalidade, ou seja, o real não é possível de ser explicado e entendido em sua globalidade, podendo apenas as suas partes serem descritas de forma isolada e fragmentada.

2 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM QUESTÃO

Na contemporaneidade, a partir do primeiro mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) é posta novamente na agenda política pelos sujeitos políticos coletivos do movimento sanitário com a perspectiva de sua continuidade, uma vez que o governo eleito trazia a expectativa de mudanças nos rumos das políticas sociais.

Tal fenômeno se deve ao fato de que o governo Lula representava para boa parte da população e dos intelectuais a possibilidade de mudanças nos rumos da política econômica e das políticas sociais.

A RSB teve sua trajetória iniciada na década de 1970, sua efervescência na década de 1980, seu retraimento na década de 1990 e no século XXI retorna à agenda. Esse processo tem gerado diferentes projetos, na luta pela RSB na contemporaneidade.

Paim (2008) na sua obra “Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica”, analisa a RSB como ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Para o autor, o momento ideia pode ser demarcado pela tese O Dilema Preventivista, defendida em 1975 (Arouca, 2003), pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, expressando um pensamento ou reflexão inicial.

O momento proposta envolve um conjunto articulado de princípios e proposições políticas difundidas no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (BRASIL, 1980), especialmente quando foi defendida, pela primeira vez, a criação do SUS, por meio do documento “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1980).

O momento projeto corresponde ao planejamento e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 1987), configurando um conjunto de políticas articuladas ou uma “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988). Encontra-se sistematizado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

O momento movimento surge com a criação do CEBES em 1976 que defendia a democratização da saúde, que passou a se denominar “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária” compreendido como conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referência importante.

O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política, o autodenominado “movimento sanitário”. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Gerschman (1995) avalia que este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor, sendo influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária Italiana. De acordo com Teixeira (1989), o projeto reformador sustentou-se em uma ampla crítica do modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à deterioração, à ineficiência e crise do setor público de saúde.

De acordo com Paim e Teixeira (2007), os pressupostos da RSB não se confundem com as reformas setoriais difundidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Banco Mundial, desde a década de 1980. Outro aspecto destacado é que a RSB não se reduz ao Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que este represente algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa. Intelectual importante como Arouca (1988¹) concebe a RSB como uma “Reforma Social” que articula proposições de mudanças, sob diversas dimensões, que mobilizou um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário. Segundo Paim (2008), é a partir dessas proposições que podemos analisar a proposta de RSB em momentos distintos: ideia-proposta-projeto-movimento-processo.

O projeto de RSB na década de 1980 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem

¹ Sanitarista, foi presidente da Fiocruz, Deputado Federal, filiado ao Partido Comunista Brasileiro, integrante do Cebes e defensor da Reforma Sanitária Brasileira.

prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (BRASIL, 2011, P.07).

O reconhecimento consensual da condição essencial da saúde está na Constituição Brasileira, quando estabeleceu a sua relevância pública. A convergência em torno da concepção da saúde como direito e dever do Estado representa uma das vitórias mais significativas da RSB.

Com base nas concepções de Paim (2008), seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) **democratização da saúde**, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito a saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) **democratização do Estado** e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) **democratização da sociedade** alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. No entanto, nesse processo tem havido muitas contradições e vertentes, a partir da década de 80.

Os avanços obtidos na década de 1980 acerca da RSB apenas foram possíveis devido à reinserção da classe operária na cena política, no último terço da década de 1970, que consistiu no componente central para a derrota da ditadura. Foi através da dinamização do movimento sindical que esta inserção se viabilizou – e teve como efeito a catalização das demandas democráticas numa escala até então inimaginável, arrastando amplos setores das camadas médias, da intelectualidade e até mesmo de segmentos burgueses prejudicados no marco do modelo econômico (PAIM, 2008).

Arouca (1988, p.4) afirma que a Reforma Sanitária é um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo:

O projeto de reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.

Desse modo, fica claro que, desde o nascimento da RSB, havia diferentes concepções acerca do projeto: uma concepção que tinha a RSB como projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo e; a outra que defendia a democratização do Estado sob os limites do capital, numa perspectiva social democrática, ou mesmo numa racionalidade política emancipatória.

Soares (2010) entende que nesses projetos da RSB, entre uma nova ordem societária, fundadas numa racionalidade de base emancipatória humana e a defesa de um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da social-democracia, havia a defesa explícita nessas da emancipação política.

Todavia, Gastão Wagner (1988) faz uma avaliação crítica do processo da Reforma Sanitária na década de 1980. Reflete que o movimento é composto por um conjunto de intelectuais que pensam e elaboram políticas de saúde segundo diferentes perspectivas e que poderão corresponder, pelo menos potencialmente, aos interesses de diversos blocos sociais:

ora, só aqueles que trabalham com um conceito muito restrito de Reforma Sanitária poderiam imaginar que a atual composição de forças políticas a nível federal e na maioria dos estados, abriria uma nova perspectiva. Esses intelectuais preferem ocultar, ou pelo menos não problematizar, a pequena inclinação que o poder executivo, nos últimos vinte e quatro anos, e a atual Assembleia Constituinte tem demonstrado para realizar reformas que impliquem em limitação dos interesses econômicos das elites [...] Por enquanto, somos tentados a ficar com a hipótese de que, na verdade, esses técnicos estão adotando uma concepção restrita de Reforma Sanitária (CAMPOS, 1988, p. 179-178).

Essas questões foram debatidas e confrontadas pelo movimento sanitário na época que chamava a atenção para a necessidade de analisar o processo da RSB e da Reforma Sanitária Italiana, ressaltando que havia diferenças e essas tinham que ser analisadas, através da relação Estado/sociedade, tendo como referencial a dialética marxiana e a configuração específica da luta de classes em cada caso.

Assim sendo, a predominância do papel do Estado nestas sociedades não é uma questão que possa ser resolvida ao nível da vontade dos pretensos formuladores dos processos de Reforma Sanitária. Ao contrário, trata-se de um reconhecimento pela configuração da relação Estado/sociedade, que, no entanto, não pode ser identificada com uma posição de renúncia à busca de construção de uma nova hegemonia. Ao contrário, o que se deve considerar é que a própria construção de uma nova hegemonia deverá passar, necessária, mas nunca exclusivamente, pelas lutas no interior do aparelho estatal, seja ele identificado com as instâncias do parlamento, do executivo ou do judiciário (FLEURY, 2007, p. 222).

As concepções consideradas por alguns como “a reforma da reforma”, ainda que possam obter certa convergência entre os que defendem sistemas de saúde de natureza pública e universal e o avanço das políticas de saúde, deixam de aprofundar a discussão das relações entre o SUS e a RSB (FLEURY, 2007) e de analisar os desafios postos para superar uma reforma social incompleta (PAIM, 2008), particularmente, no que se refere às estreitas bases sócio-políticas e econômicas desse projeto. Para tanto, Arouca (2003, p.18) aponta a necessidade de

retomar os princípios da Reforma Sanitária que não se resumiam à criação do SUS. O conceito de saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersetorialidade.

A reflexão teórica sobre a Reforma Sanitária fundamentaria uma práxis no sentido de superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde, a partir da mobilização de um bloco de forças políticas pelo movimento sanitário sem perder o horizonte de transformações nos planos econômico, político, social e cultural. Assim, há uma dinâmica contraditória introduzida pelas determinações situadas ao nível das lutas políticas na esfera da reprodução dos valores e ideologias que se reproduzem no campo da saúde. Em 1989, Fleury afirmava:

para entender a Reforma Sanitária necessário se faz ter um referencial teórico dentro de uma perspectiva gramsciana, através da qual pode ser encontrado o instrumental teórico necessário para a discussão de temas polêmicos como: democracia e socialismo, reforma e revolução, corporativismo e questão nacional, hegemonia e coerção, Estado e sociedade, saber e práxis, burocracia e movimento sanitário (Fleury, 1989, p.04).

No entanto, tal entendimento sofreu inflexões no projeto e processo da RSB. Paim (2008, p.309) enfatiza que a RSB enquanto processo “reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A partir da década de 90, o movimento sanitário passou a priorizar a institucionalização do SUS. A RSB, enquanto projeto a que deveria ter sido dada continuidade nas suas estratégias políticas, passou-se a dar ênfase à implementação do SUS.

Vale a pena ressaltar que a RSB ao longo do tempo não foi sustentada por um movimento de massa. Inicialmente, teve como base intelectuais, estudantes, profissionais de saúde, movimentos sociais urbanos, segmentos da classe média e sindicatos. Para tanto, a participação dos trabalhadores nesse processo foi fundamental para fortalecer a consciência sanitária entendida como “a ação individual e coletiva” (BERLINGUER, 1978, p.05) para o entendimento da saúde enquanto direito.

O projeto de RSB que foi debatido e disputado está expresso no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p.03), o qual afirma que “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas”. Fica evidente no referido relatório que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.

Na década de 1990, ao mesmo tempo em que o movimento sanitário articulou junto ao parlamento a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, o processo da RSB sofreu um grande refluxo com a eleição de Collor e consequentemente a implementação de políticas econômicas e sociais neoliberais para o país.

O movimento sanitário não teve a tática e estratégia na perspectiva de continuar a luta pela RSB e passou a priorizar a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalmente. Não significa, entretanto, que o SUS não fosse uma conquista importante enquanto política pública, mas o esvaziamento da

mobilização e organização da luta pelo direito à saúde trouxe consequências para o projeto e processo de RSB em toda década de 1990 e no início do século XXI. Paim (2008, p. 319) afirma “que mesmo como retórica, a Reforma Sanitária esteve banida nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde de 1992 (Governo Collor), 1996 e 2000 (Governo FHC), voltando a ser mencionada apenas quatro vezes no relatório da 12ª CNS (Governo Lula)”.

2.1 A CONJUNTURA PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988 E REPERCUSSÕES NA ÁREA DE SAÚDE

Para analisar o processo da RSB se faz necessário entender a conjuntura de cada momento histórico, ou seja, entender como a estrutura social em movimento. A análise das políticas de saúde, em uma dada situação significa identificar os fenômenos, os sujeitos e as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes. Identificar também os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade e atravessam o Estado, atingindo a burocracia que impõe a ação reguladora ou coercitiva, por meio dos aparelhos ideológicos e repressivos do Estado.

Com o adir da ideologia neoliberal no Brasil, através do governo Fernando Collor, em 1990, as decisões relevantes, cruciais com relação aos interesses e disputas de classes, foram cada vez mais deslocadas para fora das instâncias formais dos parlamentos, encapsuladas nas agências e nos órgãos técnicos do Estado, mais autônomos e aparentemente livres de influências políticas. Esse fenômeno, no qual as relações sociais em geral, e as relações econômicas em particular, vêm passando por uma operação de despolitização em que o social é substituído pelo econômico e o econômico pelo mercado, foi denominado por Oliveira (2006) de “deslocamento, ou colonização, da política pela economia”.

A desregulamentação do mercado de trabalho, a flexibilização do trabalho – em suas diversas dimensões – e o enfraquecimento do poder político e de negociação das representações das classes trabalhadoras se constituem em um dos pilares fundamentais da ideologia neoliberal, redefinindo radicalmente a favor do capital, a correlação de forças políticas.

A partir de tal contexto, o Estado se reestruturou, redefinindo-se enquanto expressão das disputas entre as diversas classes e frações de classe. O processo de desregulamentação – com a quebra dos monopólios estatais em vários setores da economia -, juntamente com o processo de privatização das empresas públicas, reduziu bastante a presença do Estado nas atividades diretamente produtivas, fortalecendo grupos privados nacionais e estrangeiros – dando origem a oligopólios privados, redefinindo a força relativa dos diversos grupos econômicos e enfraquecendo grupos políticos regionais tradicionais, além de permitir demissões em massa e enfraquecer os sindicatos.

As privatizações, contribuíram de forma importante para os processos de desnacionalização da economia e de centralização de capital, processos estes que contaram com a participação central do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES), de bancos nacionais e estrangeiros e de fundos de pensão.

A reforma administrativa permitiu a criação de mecanismos de demissão e contratação de funcionários para além dos concursos, flexibilizando também as relações trabalhistas no setor público, enquanto duas reformas da Previdência Social – a primeira no governo FHC e a segunda no governo Lula – redefiniram as regras de aposentadoria, reduzindo benefícios e direitos em nome do equilíbrio fiscal, abrindo espaço para a atuação dos fundos de pensão privados.

Também a instituição de elevados superávits fiscais primários levou ao crescimento sistemático da carga tributária, através da criação de novas contribuições ou do aumento de alíquotas de contribuições já existentes. A ênfase nas contribuições, e não nos impostos, foi determinada pelo fato das mesmas não terem as suas arrecadações divididas entre a União, Estados e Municípios, isto é pertencerem apenas à União.

Para Filgueiras et al. (2010), esse processo de retirada do Estado de setores estratégicos da atividade econômica, juntamente com o agravamento da sua fragilidade financeira, a redução da sua capacidade de investimento e a perda da autonomia da política econômica, enfraqueceu-lhe a possibilidade de planejar, regular e induzir o sistema econômico. O crescimento acelerado da dívida pública – com encargos financeiros elevadíssimos - juntamente com a livre mobilidade dos fluxos de capitais, é parte central da subordinação da política macroeconômica aos

interesses do capital financeiro, ao mesmo tempo em que redefiniu a presença dos interesses das distintas classes e frações de classe no interior do Estado.

Desse modo, ao analisarmos os governos eleitos durante a década de 90 e posteriormente os governos Lula e Dilma no século XXI e a configuração das políticas de saúde nos respectivos governos, identificamos, que o governo de Fernando Collor de Melo caracterizou-se pela crise econômica, com redução de recursos federais para a saúde, embora tenha criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), promulgado a Lei Orgânica e implantado a Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91) e, depois de muita protelação, realizado a 9ª Conferência Nacional de Saúde.

No governo de Itamar Franco, continua a crise financeira na Seguridade Social, instalando-se uma disputa entre a saúde e a previdência, mas pode-se destacar o avanço na municipalização, a partir da Norma Operacional Básica 1993 (NOB/93), e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.

De acordo com o Ministério da Saúde o PSF é uma estratégia para reorganização da atenção básica, na perspectiva da vigilância à saúde, mediante uma concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida. De acordo com Ribeiro et al. (2005). O discurso oficial expressa de que não se trata de uma assistência precária para os pobres, mas sim da intenção de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção primária, na prevenção e promoção à saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade, constituindo-se o PSF na porta de entrada do sistema de saúde. Desse modo, o objetivo do PSF é; contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1994). Entretanto, o que se evidencia com a implantação do PSF, que posteriormente passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família é a sua focalização. Desse modo, a saúde fica enfocada na atenção básica sem ter uma referência e contrarreferência efetiva nos outros níveis de atenção.

Já o governo Fernando Henrique Cardoso, apesar da crise de financiamento setorial, o que resultou na Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

(CPMF) e na discussão da Emenda Constitucional 29 (EC-29) pelo Congresso Nacional. Apesar disso, foi implantada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), realizadas a 10^a e a 11^a Conferências Nacionais de Saúde, ampliada a municipalização e o PSF. Principalmente no período do Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), os sujeitos coletivos do movimento sanitário que articulavam esse processo passam um longo período sem priorizar na agenda política a continuidade do processo da RSB.

Nessa conjuntura, foram identificados diferentes projetos políticos para a saúde, disputando a hegemonia na sociedade brasileira: o projeto conservador (reciclado pelo neoliberalismo) que trata a saúde e a doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e orienta os serviços públicos para os pobres, preferencialmente por intermédio de uma cesta básica de recursos; o projeto da Reforma Sanitária, respaldado pela constituição e pelas leis em vigor, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle democrático, na medida em que assume a saúde como direito social; e o projeto denominado de “reforma da reforma”, que tanto significava a reconstrução de sistemas públicos de saúde na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção (CAMPOS, 1992), quanto a correção de certas debilidades gerenciais e do modelo assistencial, na perspectiva de reatualizá-lo em função da Reforma do Estado e da flexibilização (MENDES, 1996).

Frente a esse processo, o governo de FHC deu continuidade à Reforma do Estado iniciada pelo governo Collor. O Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, cujo titular na época era o ministro Bresser Pereira², que tem vasta bibliografia acerca do tema, foi preponderante nas formulações e encaminhamentos da referida reforma em consonância com os organismos internacionais (OPAS, BID e Banco Mundial). Esse processo foi encaminhado sob o discurso da modernização, mas estabelece-se o “Estado máximo” para o grande capital financeiro nacional e internacional e o “Estado mínimo” para as políticas sociais, as quais passam a ser tratadas com vistas à focalização, a gestão e a descentralização.

² Pereira, Luiz C. Bresser. Construindo o Estado republicano: democracia e reforma da gestão pública. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009; e Pereira, Luiz Carlos et al. Sociedade e Estado em Transformação. São Paulo: Editora UNESP, Brasília: ENAP, 1999.

Nesta mesma trilha argumentativa, Behring e Boschetti (2007) afirmam que a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. Prevalece o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização. Sendo esta última estabelecida não como partilhamento de poder entre esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da reforma e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social.

Ao se referir sobre o neoliberalismo, Chenais (2002) afirma que é uma estratégia ideopolítica das classes dominantes, atingiu todos os movimentos progressistas (reformistas e revolucionários), e o debate sobre desenvolvimento econômico e social saiu de cena para dar lugar à agenda política neoconservadora sobre liberalização e desregulamentação dos mercados, estabilidade dos preços e privatização dos bens públicos.

2.2 OS GOVERNOS LULA E DILMA: A ADESÃO À IDEOLOGIA SOCIAL-LIBERAL

No primeiro mandato o governo Lula dá sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Desse modo, ocorre a segunda contrarreforma da previdência social. Vale a pena ressaltar que ainda durante a campanha presidencial, os analistas do Partido dos Trabalhadores (PT) “refizeram sua análise de conjuntura e chegaram à conclusão de que a correlação de forças era desfavorável a uma ruptura, e anunciaram, por meio da Carta ao Povo Brasileiro, uma necessária tática de abdicar da ruptura e assumir o compromisso com uma transição progressiva e pactuada. De 2003 a 2006, o governo Lula teria aceito sem maiores contestações as políticas neoliberais” (CASTELO, 2012, p. 626).

Desse modo, não houve alteração essencial na correlação de forças entre capital e trabalho. Não se verificou ruptura no processo de precarização social do

trabalho – terceirização, cooperativas de trabalho, informalidade, etc; os sindicatos continuaram na defensiva e sem capacidade de mobilização dos trabalhadores, reforçada pelo processo de transformismo político ocorrido em sua vanguarda (FILGUEIRAS et al., 2010). Essas questões serão desenvolvidas no capítulo II.

Ainda segundo Filgueiras et al. (2010), no que concerne ao Estado, o governo Lula promoveu o seu retorno, com a tarefa de reforçar um segmento do capital financeiro brasileiro (junção do capital bancário com o produtivo) e fortalecer os grandes grupos econômicos nacionais (privados e estatais). A ação dos bancos oficiais e das empresas estatais tem sido decisiva no cumprimento dessa tarefa.

No âmbito político, o deslocamento e a autonomia cada vez maior de Lula em relação ao PT – assumindo uma posição de neutralidade -, bem como a submissão incondicional desse partido a ele, foram condições necessárias para a condução do processo de acomodação do bloco de poder dominante, alcançando-se o consenso através da obtenção da confiança do grande capital e do consentimento dos setores subalternos.

Para o entendimento das configurações das políticas sociais no governo Lula faz-se necessário analisar a estrutura macroeconômica - quando se consideram certas características estruturais que configuram o atual padrão de desenvolvimento capitalista – associado a um determinado bloco de poder político, ambos constituídos ao longo dos anos 1990 no Brasil. Para Filgueiras et al. (2010, p. 63),

Esse bloco de poder passou por uma acomodação a partir do segundo governo FHC, com a incorporação em seu núcleo da fração exportadora do capital, especialmente o agronegócio – quando as crises cambiais recorrentes evidenciaram a impossibilidade de manutenção da hegemonia, estrito senso do capital financeiro. Como sua consequência, e ao mesmo tempo condição para se processar essa acomodação, a política macroeconômica se modificou sem, contudo, alterar a essência do Modelo Liberal Periférico: a âncora cambial e as privatizações foram substituídas pelas metas de inflação, os superávits fiscais primários e o câmbio flexível. Com isso redefiniu-se a importância das exportações no novo padrão de acumulação como condição necessária para reduzir a sua instabilidade macroeconômica intrínseca, instituída pela abertura comercial e financeira.

Desse modo, Lula em seu primeiro mandato herda essa nova configuração política do bloco de poder, bem como sua política macroeconômica, consolidando ambas e legitimando-as frente aos setores subalternos da sociedade.

Em 2006, no final do primeiro mandato do governo Lula e início do segundo em 2007, ocorreu a continuidade da fase ascendente do ciclo econômico mundial e a melhora radical das contas externas do país, flexibilizou-se o manejo da política macroeconômica, obtendo-se resultados melhores em termos de controle da inflação, crescimento, emprego e salário, dívida pública etc. Nesse novo contexto, a expansão e melhoria da infraestrutura existente do país tornaram-se essenciais para o novo arranjo político econômico. Uma leitura e implementação particular das “parcerias público-privadas”, criadas legalmente no período FHC, permitiram o retorno do Estado como condição insubstituível na periferia do capitalismo, mais uma vez para organizar, realizar e articular os novos blocos de investimentos.

No segundo mandato do governo Lula, face às mudanças nos rumos econômico do país – com o aumento das taxas de crescimento econômico e a tímida melhora de alguns indicadores sociais – houve a adesão mais explícita do governo à estratégia ideopolítica do neodesenvolvimentismo, que surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto do socialismo.

O neodesenvolvimentismo se diferenciaria do nacional-desenvolvimentismo³ em três pontos: maior investimento privado na infraestrutura, maior abertura ao comércio internacional e maior preocupação com a estabilidade econômica (Castelo, 2010).

O embasamento teórico político para esta ideologia passa por três linhas argumentativas: 1) o crescimento econômico, por si próprio, não trará a redução das desigualdades; 2) os gastos sociais no Brasil não são baixos, o que é preciso fazer é torná-los mais eficientes, melhorando a alocação de recursos e focalizando-os nos segmentos mais pobres; 3) propostas de desenvolvimento baseadas em investimento no “capital humano”, reformas microeconômicas, programas de microcrédito etc. (CASTELO, 2010). O objetivo do neodesenvolvimentismo é entrar como uma espécie de Terceira Via, na disputa pela hegemonia ideopolítica para a

³ Remonta às décadas de 1940-1970 na qual trabalhos seminais, gestados na Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal) e no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (Iseb), começaram um processo intelectual de formulação de teorias explicativas das condições estruturais do subdesenvolvimento da periferia do sistema mundial, com ênfase na especificidade na América Latina. Nascia o chamado nacional-desenvolvimentismo, termo consagrado nos trabalhos de autores como Celso Furtado, Hélio Jaguaribe, Candido Mendes entre outros (Castelo, 2010).

consolidação de uma estratégia de desenvolvimento alternativa aos modelos em vigência na América Latina, tanto ao populismo burocrático, representado na sua opinião, por setores arcaicos da esquerda e partidários do socialismo, quanto à ortodoxia convencional, representada por elites rentistas e defensores do neoliberalismo.

Quanto aos desafios do neodesenvolvimentismo, consistem em conciliar os aspectos “positivos” do neoliberalismo – compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, austeridade fiscal, busca de competitividade internacional, ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional – com os aspectos “positivos” do velho desenvolvimentismo⁴ – comprometimento com o crescimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado e sensibilidade social (SAMPAIO JR., 2012).

No que diz respeito à sensibilidade social os autores do neodesenvolvimentismo afirmam que o crescimento econômico deve ser tratado como o principal objetivo da política econômica para minorar o problema estrutural de desigualdade no Brasil. O Estado deve operar em comunhão com a burguesia industrial e os trabalhadores, pois, supostamente, ambos teriam a ganhar sob o signo da acumulação capitalista em base produtiva (CASTELO, 2010).

O neodesenvolvimentismo introduz os conceitos de equidade e justiça social. Em termos políticos, os neodesenvolvimentistas defendem a promoção da igualdade de oportunidades entre os indivíduos via educação. Esta, não vista como uma forma de emancipação humana, mas de acordo com essa perspectiva, fica inteiramente subordinada aos requisitos de habilidades necessárias aos processos de produção de mercadorias comandados pelo capital.

⁴ O auge do nacional-desenvolvimentismo ocorreu durante um período marcado por uma crise de hegemonia no interior do bloco no poder, crise que se originava da chamada revolução de 1930, a qual encerrou, no Brasil, o ciclo hegemônico da burguesia mercantil-bancária. Nesse contexto de crise hegemônica interna à classe dominante, avultou a presença da burocracia de Estado, principal força impulsionadora de uma política de desenvolvimento capitalista e dependente, cuja legitimidade ideológica foi encontrada em um tipo específico de nacionalismo que, no essencial, apresentava a industrialização como condição de emancipação (Almeida, 2012). Esse debate entrou para a história do pensamento econômico como a controvérsia da revolução brasileira, na qual grupos e classes sociais ganharam voz nas obras de seus representantes ideológicos e disputaram a direção intelectual-moral do país. A disputa entre liberais, desenvolvimentistas e marxistas foi intensa. (Castelo, 2012).

O resgate dos conceitos de equidade e justiça social, enfatizado pela ideologia neodesenvolvimentista é baseada em argumentos centrais da tradição liberal clássica do contratualismo, acrescentando formulações consideradas inovadoras, tais como: as teorias sobre a justiça igualitária. Para Rawls (1971), a justiça deve ser vista como equidade: equitativa igualdade de oportunidades. Defende a igualdade de oportunidades, sobretudo em relação à educação e à formação profissional; a distribuição de riqueza para possibilitar uma das condições do liberalismo: o direito de todos os cidadãos ao acesso à multiplicidade de meios para fazerem uso inteligente e efetivo de suas liberdades básicas; a sociedade (governo local ou nacional) como custeadora do último recurso, ao lado de políticas sociais e econômicas e a garantia de um seguro básico de saúde para todos os cidadãos.

Desse modo, Rawls (1971) argumenta quais seriam os pressupostos de uma sociedade justa: 1) igualdade de oportunidade aberta a todos em condições de plena equidade e; 2) os benefícios nela auferidos devem ser repassados preferencialmente aos membros menos privilegiados da sociedade, satisfazendo as expectativas deles, porque justiça social é, antes de tudo, amparar os desvalidos. Para conseguir-se isso é preciso, todavia, que uma dupla operação ocorra. Os talentosos, os melhores dotados (por nascimento, herança ou dom), devem aceitar com benevolência em ver diminuir sua participação material (em bens, salários, lucros e status social) minimizada em favor dos outros, dos desassistidos. Esses, por sua vez, podem assim ampliar seus horizontes e suas esperanças em dias melhores, maximizando suas expectativas.

Os conceitos de equidade e justiça social ressurgem nos anos 1990 nos relatórios das agências multilaterais sobre pobreza, como o Banco Mundial, e são estratégicos do projeto neodesenvolvimentista de intervenção na questão social. Para Castelo (2010, p. 201), esse conceito “significa o deslocamento metodológico sem qualquer referência sistêmica, estrutural e histórica das desigualdades sociais. O seu ponto de vista é o indivíduo e a natureza”. De acordo com os conceitos, as desigualdades podem ser explicadas através de uma suposta natureza humana. Na atualidade, se admite que as diferenças naturais podem ser, em boa medida, neutralizadas por competências adquiridas, por meio da educação, que passa a ser

instrumentalizada como um meio de capacitar seres humanos para a concorrência no mercado de trabalho.

Os conceitos de equidade e justiça social na perspectiva referida tendem a referendar a manutenção da ordem econômica e da coesão social, e não as transformações estruturais com vistas a superar o modo de produção capitalista.

Sobre este tema Mota (2012) afirma que o governo Lula foi palco da conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias: as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista. Ao analisar o governo Lula assevera:

Na primeira etapa do seu mandato foram realizadas as contrarreformas da previdência e da educação, concomitantemente ao aumento das taxas de juros; enquanto no mesmo período era expandida a assistência social, o crédito ao consumidor, os empréstimos populares e os aumentos do salário mínimo. Através da mediação do mercado e do crescimento econômico induzido pelo Estado, o governo atendeu algumas das reivindicações das classes subalternas, ao tempo que assegurou as exigências das classes dominantes [...] a rigor, ao aliar o combate à pobreza a defesa do crescimento econômico, a burguesia e seu Estado protagonizam uma sociabilidade baseada na ideologia do consenso: a possibilidade de compatibilizar crescimento econômico com desenvolvimento social (MOTA, 2012, p. 34-35).

Nesse sentido, essa ideologia chega como uma resposta revisionista à ortodoxia neoliberal, teve incidência direta sobre a formação da sociabilidade, ou seja, sobre a reeducação política das massas, visando à consolidação de um capitalismo de face humana e um conformismo capaz de assegurar o consenso em torno da terceira via. No que diz respeito à política de saúde, essa ideologia, com suas principais formulações, objetivos e metas estão explícitas no Plano Mais Saúde – Direito de Todos (2008-2011), que será analisado ainda nesse capítulo.

No que se refere à Política de Saúde no governo Lula, Bravo (2007) ressalta que esta é apresentada no programa de governo como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. A concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição de 1988. Havia uma expectativa de que o governo fortalecesse o Projeto de RSB.

Entretanto, Soares (2010, p. 15) enfatiza que:

no governo Lula, se corporifica um “novo” projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o SUS possível, defendido pelas antigas lideranças do Movimento da Reforma Sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

O governo defendeu e implementou propostas com vistas à terceirização dos trabalhadores em saúde, a criação das Fundações Estatais de Direito Privado e a fragmentação e enfraquecimento do controle social quando criou Conselhos Curadores e Conselhos de Gestão Participativa, ao invés de fortalecer os conselhos de saúde deliberativos existentes.

No primeiro e segundo governo de Lula, mesmo sem serem equacionadas as questões do financiamento e da força de trabalho do SUS, manteve-se a expansão do PSF, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica e foram formuladas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, entre outras, além de lançado o Pacto pela Saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

No primeiro mandato do governo Lula o Ministério da Saúde teve 03 três ministros da saúde, todos sanitaristas, a saber: Humberto Costa (PT)⁵, Saraiva Felipe (PMDB)⁶ e Agenor Álvarez (PMDB)⁷. Tal configuração expressa as alianças que o governo realizou principalmente com o PMDB que passou a fazer parte da base aliada do governo. Em 2003, a composição do Ministério da Saúde era predominantemente de militantes do PT e de expoentes do movimento sanitário. A partir de 2005, a pasta foi destinada ao PMDB.

O ministro Humberto Costa como uma das principais ações da sua gestão convocou a 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003 com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos. Tal propósito foi na perspectiva da formulação do Plano Nacional de Saúde e também de buscar ampliar recursos para a saúde. Dentre as principais ações do ministério destacam-se; 1) a ampliação da Atenção Básica por meio da expansão das equipes de saúde da família e dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB); 2) os programas de qualificação e humanização do SUS; 3) o

⁵ Médico Psiquiatra, especialista em medicina comunitária, foi Deputado Federal, filiado ao PT.

⁶ Médico pós-graduado em saúde pública, Deputado Federal, filiado ao PMDB.

⁷ Médico com doutorado em saúde pública, filiado ao PMDB.

Programa Brasil Sorridente, 4) o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 5) a ampliação do acesso a medicamentos e o controle da dengue.

Algumas iniciativas foram dadas no que se refere às relações com prestadores privados de serviços e empresas de planos e seguros de saúde. Foi revogado em fevereiro de 2003, o Decreto 4.481 de 22 de novembro de 2002 – aprovado no final do governo Fernando Henrique Cardoso, que alcunhou de hospitais filantrópicos estratégicos, estabelecimentos como o Hospital Albert Einstein, o Hospital Sírio Libanês, etc. preservando-lhe as isenções e deduções tributárias mesmo sem o cumprimento dos patamares de atendimento a usuários do SUS (BAHIA, 2010). Em final da sua gestão, o ministro Humberto Costa e sua equipe elaboraram uma lei sobre a responsabilidade sanitária⁸ e a decretação de estado de calamidade pública e intervenção em hospitais no Rio de Janeiro⁹ (BRAVO; MENEZES, 2011).

No entanto, ainda em março de 2003 houve por parte da equipe econômica contingenciamento de recursos de R\$ 1,6 bilhões para a saúde. Essa tendência se agravou, quando em 2004 foi prevista a contabilização de 3,5 bilhões para saneamento e combate à pobreza no orçamento da saúde. “Tal artifício, visando reduzir o orçamento para a saúde, mas cumprir o percentual mínimo de recursos previstos pela Emenda Constitucional 29, de 2000, gerou uma enorme polêmica e conferiu visibilidade a distintas concepções e práticas relacionadas com a saúde” (BAHIA, 2010, p. 357).

Paim e Teixeira (2005) no que diz respeito à atenção hospitalar e de alta complexidade, enfatizam o fortalecimento dos vínculos dos Hospitais Universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde (SUS). Foram realizadas ações no sentido de recompor os quadros dos servidores desses hospitais, nova forma de financiamento dos HUs. Masson apud Bravo (2011), afirma que o grupo de trabalho interministerial, instituído no âmbito do Ministério da Educação em 2006, ao produzir parecer técnico sobre a gestão e financiamento dos HUs vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), vai destacar principalmente, o problema de

⁸ Projeto de Lei n.º 4.010/2004. Dispõe sobre a Responsabilidade Sanitária, cria o Sistema Nacional de Regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS.

⁹ Decretado em seis hospitais do RJ, o município do Rio de Janeiro fica debilitado da gestão do sistema municipal. Segundo o decreto, a União retoma os bens, serviços e a gestão de servidores em seis hospitais da capital fluminense que estão com problemas críticos de atendimento à população.

gestão. Tal documento, no entanto, elaborou um diagnóstico das condições de desempenho dessas unidades. Esse diagnóstico, forneceu dados para a implantação da proposta de contrarreforma da natureza jurídica (Fundações Privadas) e da função social dos HUs.

Com a articulação da aliança PT- PMDB, o Ministério da Saúde foi negociado pelo PMDB. Saraiva Felipe assume em 2005 e reforça as ações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Farmácia Popular, a venda de remédios fracionados e o Brasil Sorridente. Além de enfatizar ter “uma condução com portas abertas aos parlamentares”. Houve uma mudança significativa na equipe do Ministério da Saúde, que apenas conservou um dos secretários da gestão de Humberto Costa e compôs uma equipe eminentemente técnica. Volta à agenda assim como na gestão anterior a necessidade de mais financiamento para a saúde. Outra ação foi o lançamento da Carta de Direitos dos Usuários do SUS¹⁰, mas houve vários questionamentos face a legislação já existente e que necessitava ser cumprida. Em 2006, Saraiva Felipe deixou o ministério para concorrer ao mandato de deputado federal.

Ações estratégicas lançadas ainda em 2006, na gestão do ministro Saraiva Felipe, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde em 09 de fevereiro de 2006, foi o Pacto pela Saúde nas suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Uma das principais ideias que norteiam o documento é a da gestão como pactuação ou da necessidade da pactuação para uma gestão de qualidade. A pactuação é relacionada à adesão solidária e cooperativa que, por sua vez, é caracterizada pelo comprometimento dos gestores sob a forma de contratualização da gestão. O Pacto tem três dimensões: O Pacto pela Vida – com as diretrizes, metas e ações relacionadas à atenção à Saúde; o Pacto em defesa do SUS – que se refere aos compromissos para consolidação da Reforma Sanitária; e o Pacto de Gestão – que estabelece as diretrizes para a gestão do sistema.

O Pacto pela Vida abrange a pactuação “entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população”. Suas prioridades são: controle do câncer do colo uterino e da mama; Saúde do

¹⁰ Com o objetivo dos usuários conhecerem os seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde, assegurados pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Idoso; Redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável e; fortalecimento da Atenção Básica.

Frente a esse processo Soares (2010) analisa que as diretrizes e estratégias pactuadas nessas prioridades são relacionadas, no texto do documento, aos princípios do SUS, principalmente no que se refere à integralidade e à resolutividade. O Pacto também apoia as especificidades loco-regionais e os diversos modos de organização da atenção básica, desde que estes considerem os princípios da Estratégia Saúde da Família.¹¹

O Pacto em Defesa do SUS em suas diretrizes faz um chamamento aos gestores das três esferas de governo e outros sujeitos que devem expressar seus compromissos com

a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal e; desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública. (BRASIL, 2006, p. 15).

Dentre as iniciativas é enfatizada a questão da repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS o que ocorreria com uma estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como direito. Aponta-se também a necessidade da garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema. As ações que deveriam ser desenvolvidas para dar conta das diretrizes desse pacto são (BRASIL, 2006, p. 15):

- Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

¹¹ A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

- Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;
- Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;
- Regulamentação da EC-29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03;
- Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

O Pacto em defesa do SUS é a elaboração de uma agenda que se refere à retomada da Reforma Sanitária Brasileira, elaborada por gestores. Aponta a necessidade de uma revisão, a partir da implantação do SUS, na atualidade. Tais concepções serão incorporadas pelo movimento sanitário que passa a defender uma revisitação da RSB, no século XXI.

No que se refere ao Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI, Regulação, Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Para Soares (2010, p.69) as diretrizes de descentralização e regionalização têm grande preponderância sobre a concepção de gestão proposta no Pacto e ambas devem ser implementadas de forma compartilhada e pactuada entre todos os níveis de gestão, de modo cooperativo e consensualizado. No que diz respeito ao papel do Ministério da Saúde é o de proponente de políticas, co-financiador, responsável pela cooperação técnica, avaliação, mediação de conflitos, entre outros. Cabe, às Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartites “o lugar da pactuação e deliberação dos modelos organizacionais e sua operacionalização, devendo todas as suas decisões serem tomadas por consenso”

Um aspecto fundamental desse Pacto é constituir as instâncias intergestoras deliberativas no que se refere aos modelos organizacionais. Tal concepção esvazia as atribuições dos conselhos de saúde. “No que se refere à descentralização, o documento não menciona os conselhos de saúde e, no item da regionalização os conselhos são mencionados apenas duas vezes” (SOARES, 2010, p. 69). Nessa perspectiva, evidencia-se que o Pacto atribui à descentralização e regionalização do sistema uma natureza operacional e de política consensualizada pelas instâncias

intergestoras cabendo, aos conselhos a depender da correlação de forças, as deliberações a nível da macropolítica.

Com a saída do ministro Saraiva Felipe assumiu o cargo o seu secretário executivo José Agenor Álvares da Silva, a princípio de forma interina, mas terminou o primeiro mandato do governo Lula. Uma das suas principais iniciativa foi a luta pelo aumento do orçamento da saúde, cuja proposta foi rejeitada pela equipe econômica. Foi na gestão do ministro Agenor Álvares que o decreto que tratava sobre as eleições do Conselho Nacional de Saúde foi editado, assim como no referido decreto a presidência do CNS passaria a ser por processo de eleição entre os seus membros. Este decreto foi muito importante para o avanço da democracia participativa, uma vez que a tendência dos conselhos estaduais e municipais é se respaldar no CNS. Desse modo, depois de vários anos, por um processo de eleição, assume a presidência do CNS um trabalhador em saúde.

No segundo mandato do governo Lula assumiu o ministério da saúde, na cota do PMDB, José Gomes Temporão, sanitarista e um dos quadros do projeto de RSB. O mesmo tinha grande apoio dos sanitaristas da Fiocruz e do governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral. Dentre as ações e estratégias da sua gestão ressalta-se: a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), Projeto de Lei 92/07; o controle da propaganda e uso de bebidas alcoólicas; o licenciamento compulsório do medicamento para HIV/Aids Efavirenz, através do Decreto nº 6.108, de 4 de maio de 2007. Por outro lado, houve a derrota da prorrogação da CPMF, em dezembro de 2007, que sustou os recursos adicionais previstos para o cumprimento das metas do Plano Mais Saúde – Direitos de Todos (2008-2011)¹². Ressalta-se que nesse período o Pacto pela Saúde na gestão de Temporão tem um arrefecimento. Passam a não ser mais uma prioridade da gestão.

Bravo (2011, p. 20) afirma que “o Ministério da Saúde, não tem enfrentado algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos

¹² Lançado em dezembro de 2007, contempla 86 metas e 208 ações, distribuídas em oito eixos de intervenção. De acordo com o plano o seu principal objetivo é que os brasileiros possam melhorar significativamente suas condições de saúde e sua qualidade de vida, tendo mais acesso a ações e serviços de qualidade.

e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador”. No que se refere à criação das FEDP, na saúde, foi dada maior ênfase do que nas demais áreas que estavam contemplados no projeto tais como: educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar e assistência social.

Uma vez implantadas as FEDP¹³, as mesmas são regidas pelo direito privado; a contratação dos trabalhadores é através de CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); inexistência do controle social com vistas à legislação vigente, uma vez que prevê Conselhos Curadores e não valoriza a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde.

Durante a gestão do ministro Temporão, foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central “Saúde e Qualidade de vida: Política de Estado e Desenvolvimento. Os grandes debates ocorridos nessa conferência foram os temas relacionados às FEDP e à descriminalização do aborto. No que se refere às FEDP, foram rejeitadas amplamente pela conferência e quanto à descriminalização do aborto a plenária não aprovou. O ministro da saúde ignorou as decisões da 13ª Conferência Nacional de Saúde e continuou a defender o projeto de FEDP e a mantê-lo no Plano Mais Saúde, conhecido como PAC Saúde, apresentado ao Conselho Nacional de Saúde no dia 05 de dezembro de 2007 (Bravo, 2011).

No Plano Mais Saúde, vincula-se a saúde ao desenvolvimento na perspectiva da equidade e justiça social. O documento aponta lacunas entre a orientação de um sistema universal com um grande potencial em termos de desenvolvimento e o processo concreto de sua consolidação. São apresentados desafios que obstaculizam a saúde como estratégia fundamental para o desenvolvimento, entre os quais se destacam: descentralização fragmentada; pouca articulação com outras políticas públicas; iniquidade no acesso aos serviços; oferta desigual dos serviços que reproduz a desigualdade pessoal e regional; desproporção entre o crescimento da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde; modelo burocratizado de gestão; subfinanciamento do sistema e;

¹³ Apesar da Lei Federal não ter sido aprovada, esta modalidade de gestão tem sido implementada em vários estados.

precarização do trabalho e pouco investimento na qualificação de recursos humanos.

Sobre esse tema Soares (2010) argumenta que o plano é apresentado como articulador do aprofundamento da Reforma Sanitária com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade. O plano se estrutura em sete eixos que articulam a dimensão social com a dimensão econômica, a saber: 1) Promoção da Saúde; 2) Atenção à Saúde; 3) Complexo Industrial e Inovação em Saúde; 4) força de Trabalho em Saúde; 5) Qualificação da Gestão; 6) Participação e Controle Social e; 7) Cooperação Internacional.

No plano a concepção da promoção da saúde se refere à qualidade de vida como resultante de políticas intersetoriais, associada à disseminação de práticas/comportamentos saudáveis. No que diz respeito à atenção à saúde aponta-se a importância de uma expressiva expansão do sistema, que envolve a assistência básica, as ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar. Tais ações englobam a perspectiva da integralidade, uma vez que levam em consideração as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Quanto ao complexo industrial e inovação em saúde este é considerado um dos gargalos do SUS, devido à necessidade de avançar quanto a essa questão. Nesse sentido é enfatizada a relação entre a indústria brasileira e a política de saúde, caracterizando o complexo industrial da saúde como frágil, com sucessivos déficits na balança comercial, o que termina por vulnerabilizar a política. Apresenta-se a necessidade de fortalecer o complexo industrial e de inovação em saúde, com vistas a associar o aprofundamento dos objetivos do SUS, com investimentos nos produtores públicos e privados.

No que diz respeito à força de trabalho em saúde, tal como no Pacto pela Vida e de Gestão é dada ênfase à necessidade da qualificação dos trabalhadores e dos gestores, mas também na adequação das formas e dos contratos de trabalho, deixando em aberto essas formas. No que se refere à qualificação da gestão, aponta-se a necessidade de haver uma modernização do Estado para torná-lo mais forte e eficiente. Afirma-se que o arranjo sistêmico do SUS enfrenta ainda dificuldades para se efetivar, na perspectiva de consolidar e qualificar a

descentralização. Nesse aspecto, ganha força a concepção que defende os novos modelos de gestão no SUS, através das Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

O Plano Mais Saúde – Direito de Todos (2008 – 2011) associa;

1. O desenvolvimento econômico e o social com ênfase no capital social;
2. A promoção da saúde e da intersetorialidade com vistas à nova orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro com enfoque no crescimento, na equidade e na sustentabilidade;
3. O Pacto pela Saúde na dimensão do Pacto pela Vida com ênfase na focalização da atenção à saúde;
4. A gerência, a gestão com os novos modelos de gestão;
5. Subfinanciamento do SUS com a qualidade de serviços.

Tais associações não aprofundam a RSB com um novo padrão de desenvolvimento. O Plano Mais Saúde vêm articulado com outras políticas do governo Lula. No sentido, de implementar ações e estratégias em consonância com a ideologia neodesenvolvimentista na perspectiva da focalização das ações de saúde.

As proposições contidas no Plano Mais Saúde em 2007 têm consonância com o relatório apresentado pelo Banco Mundial intitulado: governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade da gestão pública e gestão de recursos, também editado em 2007. As principais questões levantadas pelo documento com relação ao SUS são:

1. Persistem desafios relacionados a ineficiências e baixa qualidade dos serviços prestados;
2. Os gastos em saúde representam 11% do gasto público, em 2025 o gasto com saúde pode aumentar de 8% para 12% do PIB;
3. Os desafios enfrentados pelo setor saúde estão ligados a falhas de governança – à ausência de incentivos e responsabilização que garantem que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis.

Essas questões levam em consideração uma análise da necessidade tanto de focalizar os gastos das políticas de saúde na população mais pobre quanto melhorar a qualidade do gasto. Pode-se assim contribuir para aprimorar os resultados na área de saúde. Apresenta como principais desafios e recomendações:

- Fragmentação do processo de planejamento e orçamentação;
- Rigidez e complexidade na execução do orçamento;
- Ausência de autonomia gerencial, incentivos e capacidade;
- Informação inadequada para a gestão.

Os desafios apontados no documento enfatizam que os problemas do SUS estão vinculados à gestão “os gerentes tem pouca autonomia para resolvê-los devido à ausência de autonomia sobre gestão de pessoal [...] a legislação que governa os recursos humanos no setor público e privado está desatualizada e precisa ser reformada” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 60). Aponta como solução para corrigir essa situação a criação de instituições auto gerenciadas, como fundações de apoio e organizações sociais, para gerenciar parte ou todos os serviços hospitalares. Tal perspectiva defende que o SUS deve ser definido pelo foco nos resultados em todos os níveis e em todos os processos, enfatiza os novos modelos de gestão, os contratos de gestão e o gerencialismo.

No que se refere à análise das relações entre o público e o privado, a gestão do Ministro Temporão expõe a ampliação dos grupos de interesses de segmentos empresariais nos órgãos de direção da saúde. Várias ações tomadas pelo governo demonstram isso, uma vez que, “autorizou hospitais de ponta de São Paulo e de Minas Gerais a manterem sua condição de filantropia apesar de não integrarem a rede SUS” (Bahia, 2010, p. 365), assim como o empenho na implantação das FEDP.

O governo Lula, no que se refere à saúde, centrou suas estratégias em programas e ações focalizadas, sendo estes considerados os principais programas para a saúde do governo: O SAMU¹⁴, O Brasil Sorridente¹⁵, a Farmácia Popular¹⁶ e

¹⁴ O SAMU é composto por uma equipe de profissionais, ambulâncias e uma central de regulação médica. Pode ser de abrangência regional ou municipal (Machado, Baptista e Nogueira apud Bravo (2011)).

¹⁵ O Brasil Sorridente é uma política de ampliação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, inclusive no atendimento de maior complexidade. Prevê a expansão de equipes de saúde bucal junto à saúde da família, define a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência

o Saúde da Família¹⁷, que representam uma inflexão nas políticas de saúde discutidas e incorporadas no Projeto de Reforma Sanitária, expressadas no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986).

Dilma Rousseff toma posse no dia 01 de janeiro de 2011, podemos afirmar que o governo dá continuidade à ideologia neodesenvolvimentista do governo Lula e acirra o processo de privatizações e de focalização das políticas sociais. Em seu discurso de posse já deixava claro esta tendência, uma vez que, irá estabelecer parcerias com o setor privado, na perspectiva de haver reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS.

O social-liberalismo ocupa posições-chave tanto na política econômica quanto nas políticas sociais. O lema do governo Dilma é “Brasil, país rico é país sem pobreza” e o plano Brasil Sem Miséria, lançado em junho de 2011 com a promessa de erradicar a pobreza absoluta que atinge 16 milhões de brasileiros (8,5% da população) são ideologicamente fundamentados em teses típicas do social-liberalismo.

Alexandre Padilha¹⁸, vinculado ao Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu o Ministério da Saúde e enfatiza que a sua gestão terá como prioridade o acesso, o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para a necessidade de saúde das pessoas. Reforça a concepção que a saúde está vinculada ao desenvolvimento e que ocupe lugar no centro da agenda do governo federal em consonância com a ideologia neodesenvolvimentista incorporada pelo governo Dilma.

além da implantação de laboratórios de órteses e próteses dentárias. (Machado, Baptista e Nogueira apud Bravo (2011).

¹⁶ O Programa Farmácia Popular objetiva o aumento do acesso das pessoas a medicamentos de baixos preços para as famílias com subsídios do governo federal, sendo uma estratégia de co-pagamento entre os usuários e o Estado. No entanto, a partir de 2006 o programa toma outros rumos, no momento em que há o credenciamento de farmácias privadas cuja expansão se dá de forma acelerada nos anos subsequentes, alcançando mais de seis mil estabelecimentos em 2008 introduz, na prática, o co-pagamento na aquisição de medicamentos o que colide com as diretrizes do SUS que prevê atendimento integral à saúde, incluindo a assistência farmacêutica. Destaca-se a parceria público-privada, com a estratégia utilizada a partir de 2006, “com o Estado subsidiando as farmácias privadas, reforçando o caráter privatista da saúde” (Bravo, 2011. p.21).

¹⁷ Mesmos objetivos anteriormente definidos em outras gestões do Ministério da Saúde, Já explicitados.

¹⁸ Médico sanitário, ex-diretor nacional de saúde indígena da Funasa, entre 2004/2005, ex-ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República do governo Lula.

Uma das primeiras ações de Alexandre Padilha foi defender o retorno da presidência do Conselho Nacional de Saúde ao ministro, que se encontrava com a representação dos trabalhadores. Para tal proposta teve apoio dos usuários, prestadores de serviços e gestores. Desse modo, foi eleito por aclamação para a presidência do CNS no dia 16 de fevereiro de 2011. Isso implicou num retrocesso no entendimento da democracia participativa, desde que, a tendência dos conselhos estaduais e municipais é de seguirem o exemplo do CNS. Vários gestores a partir desse processo do CNS passaram a defender que a presidência dos conselhos ficasse com os secretários de saúde.

Uma das principais ações do governo foi a implementação efetiva do Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão SUS¹⁹; a Rede Cegonha²⁰, programa voltado para acompanhamento das mulheres e crianças; a criação da Lei 12.732, publicada em 23/11/2012 que fixa prazo até 60 dias para o início do tratamento dos usuários acometidos por câncer, a partir do diagnóstico; Criado o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, que oferece medicamentos para hipertensão e diabetes; continuidade na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)²¹ em todo o Brasil, foi divulgado que o governo implantaria no mandato Dilma cerca de 400 UPAS.

Também foram lançados o programa S.O.S Emergências que consiste numa ação estratégica e gradativa para qualificar a gestão e o atendimento nas urgências do SUS. A iniciativa, que integra a Rede Saúde Toda Hora, pretende alcançar, até 2014, os 40 maiores prontos-socorros brasileiros, abrangendo todos os 26 estados e o Distrito Federal; O Melhor em Casa, lançado em 08 de novembro de 2011, o programa amplia o atendimento domiciliar aos brasileiros no SUS. O princípio orientador é de acordo com a proposta oferecer aos pacientes da rede pública de saúde, um serviço humanizado e acolhedor; o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama têm como objetivos oferecer subsídios para o avanço do planejamento das ações

¹⁹ É um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados.

²⁰ Envolve cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança. O lançamento do programa foi em março de 2011. Esse programa foi concebido em Pernambuco e adotado pelo governo Federal

²¹ As UPAS 24h são estruturadas de complexidade intermediária, entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgências hospitalares e, em conjunto com estas compõem uma rede organizada de atenção de urgências.

de controle desses tipos de câncer, no contexto da Atenção Integral a Saúde da Mulher no Brasil. Ambos foram afirmados como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, e no Pacto Pela Saúde, em 2006. Sobre esses programas citados ainda não existem trabalhos que avaliem os seus impactos. Chama atenção o Programa Melhor em Casa, se não seria uma forma de meramente reduzir custos ou de efetivamente melhorar as condições dos cuidados do paciente. Além do aspecto que teria de se avaliar o diagnóstico desses pacientes e analisar se é um caso que possa ser tratado e acompanhado nas residências e como se daria efetivamente esse acompanhamento.

No período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011 foi realizada a 14ª Conferência Nacional de Saúde com o Tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e o eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”, com o chamamento que é necessário investir mais recursos para a ampliação, a qualificação e a organização dos serviços. Dentre os temas da conferência o mais disputado nas defesas de propostas foi o que tratou da relação público - privado e os desafios da Gestão do SUS. Todas as propostas que defendiam a implantação dos chamados novos modelos de gestão foram derrotadas pelos delegados. A participação da Frente Nacional Contra a Privatização foi muito importante, na mobilização e organização para derrotar as propostas que defendiam os novos modelos de gestão, por delegados do Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais.

Outro aspecto a ser analisado foi a edição do Decreto 7.508, publicado no DOU de 29/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Chama atenção a inexistência de referência aos conselhos de saúde. Essa tendência de esvaziamento dos conselhos de saúde já vem ocorrendo desde a edição dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Outro aspecto a ser destacado é a ênfase dada às parcerias público-privadas, citadas como importantes no documento.

Um grande desafio posto na atualidade no governo Dilma, foi editado no final do governo Lula enquanto Medida Provisória 520, em 31/12/2010, que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Uma das características dessa empresa pública é ser de direito privado, ligada ao

Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários Federais. Em junho de 2011, o prazo de votação da MP se encerrou. Mas, o governo Dilma recolocou a EBSEH como projeto de Lei (PL 1749/2011).

Dentre as implicações da implantação da EBSEH nos Hospitais Universitários, destacam-se: o desrespeito material à autonomia universitária definida constitucionalmente e à característica dos HUs de serem instituições de ensino vinculadas às universidades; a ameaça ao caráter público dos serviços de educação e saúde; a flexibilização dos vínculos de trabalho e abertura de precedente para a não realização de concurso público e; a terceirização desses hospitais, o que é inconstitucional. Segundo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, esse modelo de gestão acarreta:

a terceirização de atividades-fim do Estado, como são as relacionadas à saúde e ao ensino. Na área da saúde, a Constituição e a legislação pertinente permitem que o Poder Público contrate instituições privadas apenas para realizar atividades-meio, tais como limpeza, vigilância, contabilidade, ou determinados serviços técnicos especializados na área da saúde, como exames médicos, consultas etc., com o caráter de complementaridade, conforme Art. 24 da Lei 8.080/90; nesses casos, o Estado estará transferindo apenas a execução material de determinadas atividades e não a gestão do patrimônio, dos equipamentos e do pessoal [...] Na prática, a gerência da Empresa, com poderes amplos para firmar contratos, convênios, contratar pessoal, definir processos administrativos internos e definir metas de gestão, acabaria com a vinculação dos HUs às Universidades. (FRENTE, 2012,p.01).

Pode-se considerar que o projeto da RSB na contemporaneidade é reiterado predominantemente no discurso de alguns de seus intelectuais e militantes, assim como pelos sujeitos políticos coletivos, a exemplo do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e da Frente Nacional Contra a Privatização, mas com defesa de projetos distintos e, em luta pela hegemonia do projeto e processo de RSB.

Também se identifica uma mudança no referencial teórico que fundamentara a RSB da década de 1980 que era o marxismo, principalmente através de Gramsci e seus seguidores. A RSB sofreu grande influência da proposta de Reforma Sanitária Italiana e os textos de Giovanni Berlinguer (1988, 1978)²² foram debatidos pelos intelectuais da RSB. Entretanto, neste século os intelectuais da RSB sofrem outras

²² Berlinguer, Giovanni. Medicina e Política. Cebes-Hucitec, 1978 e; Berlinguer, Giovanni. Reforma Sanitária: Itália e Brasil, Cebes-Hucitec, 1988.

influências teóricas e passam a afirmar que o marxismo é apenas uma das múltiplas teorias críticas que permitem ter uma posição politicamente comprometida com a mudança social e passa a reconhecer outras correntes do pensamento que têm em comum o fato de salientarem os aspectos voltados para a autonomia da ação do sujeito, da ética e da intersubjetividade comunicativa e como autores relevantes são apontados: Jürgen Habermas, Boaventura de Sousa Santos e Anthony Giddens. (BRAVO; MENEZES, 2011).

Identifica-se que a ideologia do social-liberalismo, tentativa político-ideológica das classes dominantes de dar respostas às múltiplas tensões derivadas do acirramento das expressões da “questão social” e da luta política da classe trabalhadora é incorporada nas propostas dos sujeitos políticos coletivos do movimento sanitário no século XXI, principalmente a partir do segundo mandato do governo Lula. Diante de tal conjuntura e das correlações de forças e de disputas ideopolíticas, há uma inflexão significativa no projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Um conjunto de concepções e ações ideopolíticas são apresentadas, no sentido de corroborar com essa afirmação tais como:

- a. A incorporação pelos intelectuais das teses contemporâneas como a Terceira Via e paradigmas da Pós-modernidade (Neves, 2010);
- b. A adesão do governo Lula ao projeto neodesenvolvimentista acarretando o apassivamento das classes trabalhadoras gerado pelo transformismo do PT (Mota, 2010);
- c. Documento elaborado pelo Banco Mundial em 2007 que trata dos desafios do SUS, da efetivação da Reforma Sanitária como questão de Governança e equilíbrio dos gastos em saúde com ênfase no gerencialismo e novos modelos de gestão;
- d. Documento formulado por pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas, em 2006 solicitado pelo Governo Brasileiro intitulado: Temas para o Desenvolvimento com equidade, apresentado e discutido junto ao Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES), vinculado a presidência da república que trata também da política de saúde;
- e. Documento formulado por intelectuais da Rede Desenvolvimentista em 2011 intitulado: O Desenvolvimento Brasileiro: temas estratégicos, no qual discutem a remoção de barreiras ao desenvolvimento brasileiro;
- f. Conformação da classe trabalhadora nos limites da ordem do capital.

Nesse sentido, a grande política é portanto, esvaziada dos seu poder transformador, dando lugar a uma política de gestão técnica dos recursos orçamentários. No lugar do confronto e do dissenso, opera-se a entrada do novo desenvolvimentismo como uma força auxiliar e subalterna dentro do atual bloco de

poder. Consequentemente, nos deparamos com uma nova fase do capitalismo dependente: sem rupturas, reafirmou-se o desenvolvimento desigual e combinado brasileiro (CASTELO, 2012; COUTINHO, 2010).

No pensamento gramsciano, a ideologia é algo que se objetiva na realidade social, histórica e concreta. Entende-se que a ideologia tem um peso decisivo na organização da vida social e se torna força material quando ganha a consciência das massas. Em outros termos, ela é socialmente verdadeira quando incide diretamente sobre a vida na sua concretude.

Gramsci observa que é preciso distinguir entre ideologias historicamente orgânicas, que são portanto, necessárias a uma certa estrutura e ideologias arbitrárias, cerebrinas, voluntaristas (SIMIONATTO, 1995). As ideologias historicamente orgânicas são aquelas que se apresentam “como uma concepção de mundo e se manifestam implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações da vida individual e coletiva”. Assim, se a ideologia pode ser definida como uma visão de mundo, com normas de conduta correspondentes, ela se encontra em todos os níveis: social, econômico, político, científico, artístico etc, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas.

De acordo com Semeraro (2006, p. 30) no léxico político de Gramsci o conceito de ideologia, trata-se de “uma popularização de concepções filosóficas, da manifestação concreta de como as pessoas entendem o mundo”. Deste modo, as ideologias se tornam tanto instrumento de dominação como de promoção dos grupos subalternos, porque além do poder de desagregação, as “ideologias” podem ter uma função “orgânica”, de consciência e de “cimento” aglutinador das diversas lutas dispersas no universo popular. É por meio da ideologia que determinados grupos sociais tomam consciência do próprio devir.

Semeraro (2006, p. 31) ressalta que para Gramsci, assim, como diversas categorias trabalhadas dialeticamente, a ideologia é definida ao mesmo tempo como “progressiva” e “regressiva”, “orgânica” e “desorgânica”, “racional” e “irracional”, “aberta” e “dogmática”. Nas mãos da burguesia, que não representa o conjunto da sociedade, a ideologia se torna uma força que mistifica e desagrega as relações sociais pelo fato de apresentar interesses particulares como sendo de toda a

sociedade e tentar em vão conciliar interesses opostos e contraditórios. Por ser arbitrária, é necessário desnudar e combater esta ideologia porque é expressão direta de uma hegemonia que visa naturalizar as relações sociais e universalizar a crença na sua inevitabilidade. Para Gramsci, este tipo de ideologia dissimula a realidade enquanto busca legitimar subliminarmente o poder pela manipulação e pelo consenso passivo, portanto, não pode sequer colocar-se como fundamento de uma ciência, pois não passa de uma ideologia política imediatista.

Gramsci também sustenta que é possível e necessário para as classes trabalhadoras elaborar, aberta e conscientemente, uma ideologia própria que permita unificar suas lutas e dar visibilidade ao seu projeto de sociedade, tornando-se expressão dessas classes subalternas, que querem educar a si mesmas na arte de governar e que têm interesse em conhecer todas as verdades, até as desagradáveis e evitar os enganos da classe superior e ainda de si mesma.

Ocorre que nos países da América Latina tem sido incorporada uma ideologia baseada no neodesenvolvimentismo que tem como pilares o crescimento econômico com desenvolvimento social. Esse processo ocorre como um momento de restauração do capitalismo em crise. Tal ideologia de modo predominante tem perpassado alguns sujeitos coletivos da Reforma Sanitária, que apontam a necessidade de revisitar a RSB e na atualidade têm defendido diretrizes para articular saúde e desenvolvimento social com equidade e justiça social, na perspectiva da modernização conservadora.

Gramsci (2002a) chamou a atenção para uma importante consequência da revolução passiva: a prática do transformismo como modalidade de desenvolvimento histórico, um processo que, através de cooptação das lideranças políticas e culturais das classes subalternas, busca-se excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social. Gramsci entendia que o transformismo destruí a força política das classes subalternas decapitando suas lideranças, desarticulando os grupos antagonistas e semeando desordem no terreno adversário.

O Estado protagonista de uma revolução passiva não pode prescindir de um mínimo de consenso. E Gramsci nos indica o modo pelo qual as classes dominantes obtêm este consenso mínimo, “passivo”, no caso de processos de transição “pelo

alto”, igualmente “passivos”. Ele se refere à Itália, mas avança observações válidas, quando devidamente concretizadas, também para outros países e outras épocas:

O transformismo como uma das formas históricas daquilo que já foi observado sobre a 'revolução-restauração' ou 'revolução passiva' [...] Dois períodos de transformismo: 1) de 1860 até 1900, transformismo 'molecular', isto é, as personalidades políticas elaboradas pelos partidos democráticos de oposição se incorporam individualmente à 'classe política' conservadora e moderada (caracterizada pela hostilidade a toda intervenção das massas populares na vida estatal, a toda reforma orgânica que substituísse o rígido 'domínio' ditatorial por uma 'hegemonia'); 2) a partir de 1900, o transformismo de grupos radicais inteiros, que passam ao campo moderado (GRAMSCI, 2002a p., 286).

De acordo com Coutinho (2010, p. 38) “o transformismo é um fenômeno associado à Revolução Passiva ou Contrarreforma quando certos partidos ou sujeitos coletivos, se unificam, mudando de lado, e reforçam posições conservadoras das forças da ordem estabelecida, seja assimilando frações das classes dominantes, seja cooptando setores das classes subalternas.”

Uma das razões que parecem justificar o uso do conceito de revolução passiva ou contrarreforma para caracterizar a época do neoliberalismo é precisamente a generalização de fenômenos de transformismo, seja nos países centrais como nos periféricos. Coutinho (2010, p. 42) ressalta que

o transformismo como fenômeno político não é exclusivo dos processos de revolução passiva, mas pode também estar ligado a processos de contrarreforma. No caso do transformismo podemos dar como exemplo, o fato do governo Lula e o PT quando assumem o governo e dão continuidade as políticas econômicas e sociais do governo FHC, ou seja, a cooptação pelo bloco do poder das principais lideranças da oposição. E esse transformismo, que já se iniciava no governo Cardoso, consolidou definitivamente o predomínio entre nós da hegemonia da pequena política.

2.3 REVOLUÇÃO PASSIVA OU CONTRARRERFORMA

Na contemporaneidade o referencial teórico gramsciano nos auxilia para dar conta da leitura da realidade brasileira com as mediações necessárias com o que ocorre com o capitalismo mundial e a sua relação com o capitalismo periférico. O

conceito de revolução passiva e de contrarreforma é fundamental para o entendimento da relação Estado/sociedade civil no Brasil. No entanto, questiona-se o que estamos a vivenciar hoje no Brasil é um processo de revolução passiva ou contrarreforma? Para chegarmos a uma conclusão faz-se necessário analisar os respectivos conceitos.

De acordo com Coutinho (2010, p.33) Gramsci analisa o que vai ser conceituado como revolução passiva para entender, inicialmente os eventos do Risorgimento, ou seja, da formação do Estado burguês moderno na Itália. Mas o conceito é também utilizado por Gramsci como critério de interpretação de fatos sociais complexos e até mesmo de inteiras épocas históricas, bastante diversas entre si, como, por exemplo, a Restauração pós-napoleônica, o fascismo e o americanismo. Essa possibilidade de generalização foi assumida mais tarde por autores que se inspiraram nas reflexões gramscianas.

A revolução passiva ao contrário de uma revolução popular, “jacobina”, realizada a partir de baixo — e que, por isso, rompe radicalmente com a velha ordem política e social — implica sempre a presença de dois momentos: o da “restauração” (trata-se sempre de uma reação conservadora à possibilidade de uma transformação efetiva e radical proveniente “de baixo”) e da “renovação” (no qual algumas das demandas populares são satisfeitas “pelo alto”, através de “concessões” das camadas dominantes). Neste sentido, falando da Itália, mas expressando características universais de toda revolução passiva, Gramsci afirma que uma revolução deste tipo manifesta:

o fato histórico da ausência de uma iniciativa popular unitária no desenvolvimento da história italiana, bem como o fato de que o desenvolvimento se verificou como reação das classes dominantes ao subversivismo esporádico, elementar, não orgânico, das massas populares, através de 'restaurações' que acolheram uma certa parte das exigências que vinham de baixo; trata-se, portanto, de 'restaurações progressistas' ou 'revoluções-restaurações', ou, ainda, 'revoluções passivas' (GRAMSCI, 2002a, p. 324)

De acordo com Coutinho (2007, p. 24) “O aspecto restaurador, portanto, não anula o fato de que ocorrem também modificações efetivas. A revolução passiva, portanto, não é sinônimo de contrarrevolução e nem mesmo de contrarreforma; na verdade, numa revolução passiva”, estamos diante de um reformismo “pelo alto.”

Coutinho (2007) ressalta que Gramsci depois amplia o seu conceito de revolução passiva e afirma que o Risorgimento se insere numa revolução passiva mais ampla, de alcance europeu, que caracteriza toda uma época histórica, iniciada com a Restauração Pós-napoleônica. Nesta época, as novas classes dominantes, formadas agora na sequência do compromisso entre os vários segmentos da burguesia e as velhas camadas de grandes proprietários fundiários, reagem contra as consequências mais radicais da Revolução Francesa, mas ao mesmo tempo introduzem pelo alto — ainda que contra as massas populares — muitas das conquistas desta revolução.

Ainda, Coutinho (2007) indica que outra época de revolução passiva, seria aquela na qual a burguesia reage contra a Revolução de Outubro, buscando adotar, na tentativa de neutralizá-la, algumas de suas conquistas, como, por exemplo, elementos de economia programática. Esta nova época se manifestaria em dois dos principais fenômenos do primeiro pós-guerra, ou seja, o fascismo e o americanismo. Sobre o fascismo, considerado como uma mescla de conservação e mudança, Gramsci é claro:

ter-se-ia uma revolução passiva no fato de que, por intermédio da intervenção legislativa do Estado e através da organização corporativa, teriam sido introduzidas na estrutura econômica do país modificações mais ou menos profundas para acentuar o elemento 'plano de produção', isto é, teria sido acentuada a socialização e cooperação da produção, sem com isso tocar (ou limitando-se apenas a regular e controlar) a apropriação individual e grupal do lucro (GRAMSCI, 1999, p. 299;).

Com relação ao americanismo, Gramsci é mais cauteloso:

Pode-se dizer, de modo genérico, que o americanismo e o fordismo resultam da necessidade imanente de chegar à organização de uma economia programática [...]. Questão de saber se o americanismo pode constituir uma “época” histórica, ou seja, se pode determinar um desenvolvimento gradual do tipo [...] Das “revoluções passivas” [...], ou se, ao contrário, representa apenas a acumulação molecular de elementos destinados a produzir uma “explosão”, ou seja, uma revolução de tipo francês (GRAMSCI, 2001, p. 241-242).

Coutinho (2008) destaca três elementos que podem caracterizar a revolução passiva:

- a. As classes dominantes reagem a pressões que provêm das classes subalternas, ao seu "subversivismo esporádico, elementar", ou seja, ainda

não suficientemente organizado para promover uma revolução "jacobina", a partir de baixo, mas já capaz de impor um novo comportamento às classes dominantes;

- b. Esta reação, embora tenha como finalidade principal a conservação dos fundamentos da velha ordem, implica o acolhimento de "uma certa parte" das reivindicações provindas de baixo;
- c. Ao lado da conservação do domínio das velhas classes, introduzem-se assim modificações que abrem o caminho para novas modificações.

Frente a esse processo de análise da conjuntura atual do Brasil, Oliveira (2010 p. 08), se refere à "hegemonia às avessas" quando vitórias políticas, intelectuais e morais "dos de baixo" fortalecem dialeticamente as relações sociais de exploração em benefício "dos de cima". De acordo com o autor, em nosso país, décadas de luta contra a desigualdade e por uma sociedade alternativa à capitalista desaguaram na incontestável vitória lulista de 2002. Quase que imediatamente, o governo Lula racionalizou, unificou e ampliou o programa de distribuição de renda conhecido como Bolsa Família, transformando a luta social contra a miséria e a desigualdade em problema de gestão de políticas públicas. Segundo Oliveira (2010, p.09),

o Programa Bolsa Família garantiu a maciça adesão dos setores mais depauperados das classes subalternas brasileiras ao projeto de governo. Jogando no campo da instrumentalização da pobreza e da gestão burocrática dos conflitos sociais, o governo Lula soube derrotar o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), mas ao preço da despolitização generalizada das lutas sociais.

A hegemonia às avessas é a via da modernização conservadora, plasmada pelos limites inerentes à semiperiferia capitalista, em que o avanço nutre-se permanentemente do atraso. O lócus da hegemonia resultante de uma revolução passiva é exatamente o Estado. De acordo com Ruy Braga (2010, p. 14),

o governo Lula apoia-se em uma forma de hegemonia produzida por uma revolução passiva empreendida na semiperiferia capitalista que conseguiu desmobilizar os movimentos sociais ao integrá-los à gestão burocrática do aparato de Estado, em nome da aparente realização das bandeiras históricas desses mesmos movimentos, que passaram a consentir ativamente com a mais desavergonhada exploração dirigida pelo regime de acumulação financeira globalizado.

A “hegemonia às avessas” é uma nova forma de dominação social que exige novas reflexões. Não é nada parecido com as práticas de dominação exercidas ao longo da existência do Brasil. Nessa nova forma de dominação de acordo com Oliveira, (2010, p. 26) a “hegemonia às avessas”, parece que os dominados dominam, pois fornecem a direção moral (desde que não questione a forma de exploração capitalista). Isso implicaria no consentimento ativo e passivo. O consentimento sempre foi o produto de um conflito de classes em que os dominantes, ao elaborarem a sua ideologia, que se converte em ideologia dominante, trabalham a construção das classes dominadas a sua imagem e semelhança.

Para se referir à hegemonia no sentido gramsciano devemos introduzir o conceito de grande política e de pequena política para caracterizar as relações de hegemonia hoje, concordando com Coutinho, o que temos na atualidade é a “hegemonia da pequena política” (2010, p. 30) que compreende as questões parciais e cotidianas que se apresentam no interior de uma estrutura já estabelecida em decorrência de lutas pela predominância entre as diversas frações de uma mesma classe política. Para o autor é grande política tentar excluir a pequena política do âmbito interno da vida estatal e reduzir tudo a pequena política. A grande política realiza o “momento catártico”, ou seja, a passagem do particular ao universal, do momento econômico-corporativo ao ético-político, da necessidade à liberdade. Existe hegemonia da pequena política quando a política deixa de ser pensada como arena de luta por diferentes propostas de sociedade e passa, portanto, a ser vista como um terreno alheio à vida cotidiana dos indivíduos, como simples administração do existente.

Hegemonia é consenso e não coerção. Existe hegemonia quando indivíduos e grupos sociais aderem consensualmente a certos valores. Para Gramsci (2002a), existe consenso ativo e consenso passivo. A hegemonia da pequena política se constitui no consenso passivo. Esse modo de consenso, não se expressa pela auto-organização, pela participação ativa das massas por meio de partidos e outros organismos da sociedade civil, mas simplesmente pela aceitação do existente como algo natural. O consenso ativo se constitui numa ação consciente do sujeito que

passa a ser protagonista, ou na gramática gramsciana intelectual orgânico do projeto de restauração.

Gramsci (2002a) utiliza o conceito de revolução passiva várias vezes nos Cadernos do Cárcere, mas também utiliza o conceito de contrarreforma. Em geral ao se referir ao conceito de contrarreforma Gramsci se refere ao movimento pelo qual a Igreja Católica, no Concílio de Trento, reagiu contra a Reforma Protestante e algumas das suas consequências políticas e culturais. Refere-se também ao conceito em contextos históricos e a apresenta como um dos traços das restaurações. Nesse sentido, Gramsci se refere à revolução passiva e à contrarreforma como processos de restauração, mas com diferenças entre os conceitos.

Coutinho em ensaio de 2010, p. 34-35 afirma que

a diferença essencial entre uma revolução passiva e uma contrarreforma reside no fato de que, enquanto na primeira certamente existem “restaurações – mas que acolheram uma certa parte das exigências que vinham de baixo” -, na segunda é preponderante não o momento do novo, mas precisamente o do velho. Trata-se de uma diferença talvez sutil, mas que tem um significado histórico que não pode ser subestimado[...]. Estamos diante da tentativa de modificar o significado da palavra reforma: o que antes da onda neoliberal queria dizer ampliação dos direitos, proteção social, controle e limitação do mercado etc. Significa agora cortes, restrições, supressão desses direitos e desse controle. Estamos diante de uma operação de mistificação ideológica.

Vale a pena ressaltar, que o conceito de reforma foi sempre organicamente ligado às lutas dos subalternos para transformar a sociedade e, por conseguinte, assumiu na linguagem política uma conotação claramente progressiva e até mesmo de esquerda. Ocorre que este conceito tem sido utilizado pelas ideologias neoliberal e social-liberal para tentar imprimir ações e estratégias como se fossem positivas para a sociedade, hoje, na perspectiva de implementar o crescimento econômico com justiça social, ou seja, uma modernização conservadora.

Na época neodesenvolvimentista, não há espaço para o aprofundamento dos direitos sociais, ainda que limitados, mas trata-se de eliminar tais direitos. Portanto, o processo que na contemporaneidade temos vivenciado no Brasil, pode-se configurar

como processo de contrarreforma. O que caracteriza um processo de contrarreforma não é a completa ausência do novo, mas a enorme preponderância da conservação ou restauração.

3 OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Os sujeitos políticos coletivos do projeto da RSB tiveram seu protagonismo iniciado a partir da década de 1970. Inicialmente, se destaca a participação de intelectuais de São Paulo e do Rio de Janeiro vinculados à academia, dos médicos residentes e dos movimentos populares, principalmente da Zona Leste de São Paulo.

Para o entendimento desse processo é fundamental a compreensão do conceito de sujeitos políticos coletivos (Gramsci, 2000a) na perspectiva gramsciana que implica na construção de projetos e ações para garantir uma determinada hegemonia, ou seja, a luta pela manutenção ou para a transformação. Os sujeitos políticos coletivos se constituem frequentemente como resposta à necessidade de defender interesses superiores aos interesses puramente singulares e se referem à ação coletiva para a consecução de determinados interesses. Desse modo na matriz teórica gramsciana, os sujeitos políticos coletivos estão nos aparelhos privados da sociedade civil.

Gramsci (2000a) se refere aos aparelhos privados de hegemonia como o conjunto de instituições da sociedade civil que educa o consentimento, ativo e passivo, da população para uma determinada concepção de mundo, por meio de uma reforma intelectual e moral que interfere na definição das políticas estatais. Dão materialidade aos variados sujeitos políticos coletivos que compõem a superestrutura de uma determinada formação concreta. Desse modo, os sujeitos políticos coletivos são organismos culturais e ético-políticos, que contribuem para a construção do consenso a uma determinada concepção de mundo e de projetos.

A depender das diferentes conjunturas que perpassaram o nosso país, os sujeitos políticos coletivos passaram também por mudanças na defesa do projeto de Reforma Sanitária. Desse modo, na década de 1970 e 1980, ressalta-se o protagonismo e a participação do Movimento Popular em Saúde (MOPS), do CEBES, da ABRASCO, Movimento dos Médicos Residentes, Movimento da Renovação Médica, sindicatos e os partidos políticos de esquerda (entre os quais se destacam o Partido Comunista Brasileiro e o Partido dos Trabalhadores). Na década de 1990 outros sujeitos políticos coletivos também se tornam protagonistas, tais

como: o Conasems e o Conass. No século XXI destacam-se: o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Na década de 1990, houve um refluxo por parte dos sujeitos políticos coletivos no que se refere ao projeto e processo da RSB. No século XXI, esses sujeitos políticos coletivos apresentam um novo arranjo na correlação de forças, através da criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005) e da criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2010). O processo da RSB gerou diferentes projetos entre os sujeitos políticos coletivos defensores da RSB nos quais se identifica na contemporaneidade uma perspectiva que adere às proposições da terceira via fundamentado na ideologia da pós-modernidade. Entende-se por terceira via um “projeto político concebido em meados dos anos 1990, em função dos efeitos negativos do neoliberalismo e da social-democracia europeia, também chamada de “social-liberalismo”, mantém as premissas básicas do neoliberalismo em associação aos elementos centrais do reformismo social-democrata” (Martins; Lima, 2005, p.43) e; a outra que defende a RSB enquanto radicalização da democracia com vistas a construir uma vontade coletiva para a sua efetivação.

3.1 OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS

Para dar conta desta temática é necessário o entendimento dos sujeitos políticos coletivos em torno do processo e formulação do projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Para tanto, inicialmente analisaremos as concepções teóricas que embasam os movimentos sociais.

Braz (2012) destaca três elementos de ordem política, econômica ou ideocultural marcantes na emergência dos novos movimentos sociais, a partir da década de 1970, são eles: as manifestações da contracultura; a crítica às consequências do desenvolvimento do capitalismo nos países avançados, principalmente a crítica ao consumismo e ao individualismo e; a crítica aos métodos da chamada “esquerda tradicional”, identificada no marxismo-leninismo. Identifica-se aqui nessas tendências a busca pelo entendimento dos novos movimentos sociais, através da construção da terceira via. Essas análises inicialmente se basearam nas experiências que ocorreram na Europa ocidental e nos Estados Unidos. Destacava-se a luta por direitos civis, a luta dos negros nos Estados Unidos, os movimentos de

caráter pacifista como as manifestações contra a intervenção norte-americana no Vietnã e os movimentos feministas.

Ainda segundo Braz (2012) esses movimentos se caracterizaram enquanto portadores do ideário da contracultura, por um posicionamento político de dupla recusa: tanto do capitalismo quanto do comunismo. Esses movimentos rejeitavam tanto as expressões teóricas do liberalismo quanto as do marxismo. Estava posta a encruzilhada no que diz respeito ao potencial transformador desses movimentos que apresentavam uma indefinição quanto aos caminhos para a transformação social. No entanto, o terceiro caminho não evidenciava as estratégias e táticas para a mudança social mais abrangente.

Esses movimentos expressavam uma insatisfação com os rumos das lutas pela emancipação humana, frustrados com os resultados dos modelos societários vigentes no panorama mundial. Tanto havia a perspectiva de ruptura com os valores capitalistas, fundamentalmente o consumismo e o individualismo e, também com os valores herdados do chamado socialismo real, cuja crítica era centrada no burocratismo e no centralismo. Desse modo, apostou-se numa prática política que valorizasse o cotidiano. Para tanto,

as lutas sociais microscópicas são valorizadas através das experiências diversas vivenciadas pelos variados grupos sociais que se constituíam sujeitos coletivos. Aflora com isso, a importância da dimensão subjetiva dos sujeitos, reivindicando o entendimento da subjetividade como reconhecimento da autonomia dos interesses variados presentes na sociedade civil e de seus respectivos grupos sociais [...] as lutas sociais assumem, então, o caráter de “utopia concreta” no sentido de uma revolução no cotidiano, onde havia a projeção de uma nova cultura de base em detrimento da cultura (BRAZ, 2012, p.117-118).

Essas perspectivas apontavam para a descoberta da sociedade civil como lugar de política prioritário, indicando uma perspectiva que pensava os sujeitos políticos coletivos constituídos para além da relação classe-partido-Estado. Portanto, identificam-se dois componentes centrais que aparecem como denominadores comuns do debate teórico: a ideia de que há um deslocamento das lutas sociais da esfera da produção para a esfera da reprodução, compreendendo aí a esfera do consumo coletivo; e a ênfase na esfera do político.

Montaño e Duriguetto (2010, p. 310-311) destacam que a produção teórica brasileira, e sua presença no debate latino-americano, acerca dos chamados novos movimentos sociais, “foi fundamentalmente marcada pela incorporação dos paradigmas europeus, em suas três vertentes: a dos acionalistas, as vinculadas às premissas teóricas pós-modernas e a marxista franco-espanhola”.

A teoria acionalista foi fundada por pensadores europeus, não marxistas, claramente inspirados e seduzidos pelos acontecimentos do “Maio Francês”²³, tiveram e têm enorme repercussão na maneira de pensar a vertente denominada de “Novos Movimentos Sociais” na América Latina.

Nessa perspectiva, entende-se como o “novo” dos “NMS” a sua constituição heterogênea, compostos por identidades diversas, seu caráter não classista e sua luta que não visa à transformação social, mas as mudanças pontuais. Sua forma de conceber a sociedade (desarticulando o econômico do político e do social) e os “NMS” (como movimentos de luta e pressão fora da esfera da produção, mais vinculados ao mercado de consumo) tornar-se-á predominante nos anos 1970 e 1980; já nos anos 1990 é inegável sua incidência na perspectiva pós-moderna. Como expoentes desse grupo destacaram-se o francês Alain Touraine²⁴ e o alemão Tilman Evers.²⁵

As premissas teóricas pós-modernas foram integradas por segmentos que inspirados claramente nas teorias acionalistas, negavam a herança tanto das bases teóricas do marxismo – divisão da sociedade em classes; luta política revolucionária – quanto a vitalidade das organizações clássicas (partido e sindicato), considerando-as superadas frente as demandas dos novos movimentos sociais, agora fundamentalmente circunscritas ao universo da cultura e da reprodução social. Para a maior parte das concepções pós-modernas, a realidade é um todo fragmentado,

²³ Na França, em 1968, a aliança entre trabalhadores e estudantes potencializou uma greve geral que paralisou o país. Entre os meses de maio e junho, as manifestações foram marcadas por ações insurrecionais, em uma batalha campal em que trabalhadores e estudantes se defendiam em improvisadas barricadas e por uma greve dos trabalhadores – muitas vezes com a assunção de militantes estudantis na linha de frente – no setor automobilístico, têxtil, de combustíveis, minérios, gás, eletricidade e água (Montaño e Duriguetto (2010, p.258)

²⁴ O Pós-socialismo, obra publicada na França em 1980 e, no Brasil, em 1988. E um novo paradigma; para compreender o mundo de hoje, editado na França em 2005 e, no Brasil, pela Vozes, em 2006.

²⁵ De costas para o Estado, longe dos parlamentos. Novos Estudos Cebrap, São Paulo, Cebrap, v.2, n.1, 1983 e; Identidade: a face oculta dos movimentos sociais. Novos Estudos Cebrap, São Paulo, Cebrap, v. 2, n.4, 1984

marcado pela efemeridade e pela indeterminação, o que impossibilita explicar a totalidade da vida social. Ou seja, o real não é possível de ser explicado e entendido em sua globalidade, podendo apenas as suas partes serem descritas de forma isolada e fragmentada. Desse modo, as perspectivas pós-modernas no que se referem aos novos movimentos sociais enfatizam: 1) a defesa da crise da razão moderna e a rejeição do conhecimento totalizante e; 2) o fim de qualquer projeto societário que parta pela emancipação do trabalho e que se contraponha ao do capitalismo. O pensamento pós-moderno se constitui em uma vasta gama de tendências de diferentes matrizes e perfis ideopolíticos, que vão de perspectivas neoconservadoras a perspectivas mais esquerdistas, como a de Boaventura de Sousa Santos (1997)²⁶, intelectual fortemente defensor dos novos movimentos sociais.

No que diz respeito às perspectivas marxistas, os novos movimentos sociais se preocupavam em incorporar as demandas dos novos movimentos sociais nas lutas de classes e nas formas de organização clássicas herdadas do marxismo e do leninismo, ou seja, partidos e sindicatos. Tratava-se de incorporar as lutas que se desenvolviam fora do mundo da produção – à luta política revolucionária. O desafio era adequar as organizações clássicas dos trabalhadores e a estratégia revolucionária a essa nova conjuntura das lutas sociais. É com essa preocupação que emergem os debates acerca da via democrática ao socialismo, que se expressaria no chamado eurocomunismo. Os principais expoentes desse grupo foram o espanhol Manuel Castells²⁷ e o francês Jean Lojkin.²⁸

Foi a partir da segunda metade da década de 1970 que as formulações teóricas sobre os novos movimentos sociais chegam ao Brasil diante da proliferação de movimentos e manifestações por serviços urbanos tais como: moradia, saúde, transporte coletivo, água, saneamento etc, sendo estes frutos do aprofundamento das desigualdades sociais resultantes da ditadura, três fases caracterizam o debate brasileiro: “ a identificação dos sujeitos coletivos pelas situações de carência em seus diversos níveis sociais; a postura de radical contestação ao Estado

²⁶ Pela mão de Alice, editado em Portugal em 1995 e publicado no Brasil pela Cortez no mesmo ano.

²⁷ Movimientos Sociales Urbanos. Madrid: Siglo XXI, 1974; Cidade, democracia e socialismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980; A questão urbana. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

²⁸ O Estado capitalista e a questão urbana. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

repressor/autoritário; e o forte apoio de setores progressistas da Igreja, forjando espaços possíveis de participação e articulação” (BRAZ, 2012, p. 123).

Na primeira fase, as análises se direcionavam para a necessidade da autonomia dos movimentos sociais tanto diante do Estado quanto dos partidos políticos e enaltecia a perspectiva de protestos e de politização dos problemas urbanos pelos novos movimentos sociais. A ênfase era nas ações que se desdobravam sem a direção e ou mediação partidária.

Moisés (1977, p. 51), expressa teoricamente o pensamento dessa tendência ao enfatizar que historicamente, as soluções encontradas pelas classes populares urbanas para expressar sua insatisfação diante das contradições urbanas e para levar a efeito uma pressão reivindicatória diante do Estado assumiram, no caso brasileiro, duas formas mais conhecidas:

1. A ação organizada levada a efeito por organismos elementares de representação de amplos setores das classes populares, de que as associações ou sociedade de amigos de bairros constituem o exemplo mais conhecido;
2. A ação direta levada a efeito pela emergência de um protesto repentino e inesperado, em face da deterioração de um setor de serviços públicos (consumo coletivo) diretamente ligado às condições urbanas de reprodução da força de trabalho. Esse protesto tem a característica de uma ação direta e espontânea, pois segundo todas as indicações, mobilizam os setores das massas populares urbanas que deles participam de forma imediata e desorganizada. Temos aqui protestos que se dirigem contra agências estatais como postos de saúde, INPS e outros.

Posteriormente, o acirramento das contradições urbanas fez emergir novas formas de reivindicação popular e pressão sobre o poder público. Alguns organismos, como comunidade de base da Igreja Católica ou outras, como o Clube de Mães da periferia, que se desenvolveram em torno daquelas, passaram a desempenhar as funções de coordenação das atividades de várias associações locais, como sociedade de amigos de bairros, clube de jovens e outros, e dirigiram o surgimento de uma nova onda de reivindicações diretamente ao Estado.

O que se observa de comum nestas manifestações de insatisfação diante das contradições urbanas é o fato das classes populares urbanas identificarem o Estado como alvo a ser atingido pela pressão reivindicatória. O Estado, entretanto, apesar de tentar preservar a sua imagem ideológica de “provedor” do conjunto da sociedade, não está em condições de resolver esses problemas das classes populares, tais como os serviços e equipamentos que a complexidade de sua reprodução exige. Ao contrário, o desenvolvimento recente do capitalismo, com o consequente aprofundamento das atividades produtivas e da divisão social do trabalho, impôs novas exigências de acumulação de capital e deu lugar a uma utilização cada vez mais intensa das grandes metrópoles. (MOISÉS, 1977).

Nessa perspectiva, as contradições geradas pelo desenvolvimento urbano lançam as classes populares em uma relação antagônica com o Estado. Este tem de assegurar, simultaneamente, funções contraditórias entre si, tais como: propiciar as condições dignas de vida para o conjunto da população e ao mesmo tempo garantir uso especulativo do solo, em função da instituição da propriedade privada; criar as condições para o funcionamento da cidade, como locus de atividades produtivas de reprodução da população trabalhadora sem possuir os recursos e os meios materiais suficientes para criar e manter os serviços e equipamentos coletivos de que necessitava essa população, manter o caráter impositivo da concentração espacial das atividades produtivas e de forma descentralizada assegurar o controle e a coesão desta população através da repressão (inclusive militar) e da ideologia de sua representatividade, via processos de participação que oferece, como as câmaras municipais e etc.; e assim por diante. Essas funções sociais, políticas e ideológicas põem em evidência a fragilidade da ideologia socialmente sancionada da cidade para os cidadãos (MOISÉS, 1977).

Essa perspectiva do desenvolvimento e das características da ação dos movimentos sociais sofreu críticas que atacaram a dedução de uma ligação linear entre a precariedade das condições de existência e a emergência de movimentos e organizações. Também foi criticado o agrupamento das reivindicações em função de um único critério, ou seja, a reivindicação de bens de consumo coletivo. Outra limitação apontada referia-se ao fato de que o caráter da espoliação urbana iria aguçar as expressões das reivindicações, acabando por transformá-las em lutas de

qualidade crescente, cujo horizonte apontaria em direção da superação do sistema capitalista.

A segunda fase está vinculada ao processo de redemocratização do país e a ênfase de forma embrionária na relação Estado/sociedade. Busca romper com a visão antagônica anterior. O poder público passa a ser visto como espaço de disputa política pela hegemonia. Desse modo, a atenção institucional passa a ter valor entre os estudiosos como forma de dar respostas às imposições práticas da realidade mais imediata.

Os estudos tendem a identificar um deslocamento das lutas de classes para as situações de conflito geradoras de múltiplas coletividades. A ênfase recai sobre a dimensão institucional dos movimentos sociais, apostando-se numa nova relação Estado/sociedade e numa preocupação com as relações travadas com o poder público, diante de um contexto de restauração da democracia política.

Difundiram-se análises que buscavam articular as esferas da cultura e da política, por meio de críticas às análises endógenas dos movimentos sociais. O salto que se deu aqui foi na direção de realçar as lutas sociais travadas em torno dos serviços sociais coletivos (habitação, saúde, transporte, etc), de responsabilidade do Estado. Foram relidos criticamente tanto Castells quanto Lojkin, notando-se ainda a influência do chamado “novo marxismo”: Poulantzas, Ingrao, Thompson. Os principais autores brasileiros aqui foram Boschi e Valadares, Gohn, Cardoso (BRAZ, 2012, p. 125-126).

Tal perspectiva evidenciava que a consideração dos movimentos sociais como novos sujeitos coletivos, autênticos, portadores de uma força transformadora, cairia em descrédito se não se valorizasse a importância e a necessidade de se conhecer suas diferenças, sua eficácia sociopolítica e sua relação com o Estado, particularmente a apreensão das relações entre os movimentos populares e as políticas sociais. Verificou-se que, embora nem sempre identificado como alvo direto da mobilização coletiva, o Estado frequentemente funcionava como propulsor dos movimentos sociais, principalmente em decorrência da sua inoperância ou omissão na área de fornecimento de serviços coletivos. Por outro lado, também poderia funcionar como fator de sua retração, pois a maior ou menor permeabilidade do Estado influiria no ritmo, nas condições e no desenvolvimento dos movimentos sociais.

A expansão dos canais institucionais e extrainstitucionais de participação e consolidação de direitos passaram a ser comumente evidenciados como o eixo da luta dos movimentos sociais pela ampliação da democracia e cidadania.

As interpretações que outorgavam aos movimentos um papel societário transformador passaram a ser questionadas na medida em que as demandas dos movimentos voltavam-se, basicamente, para a defesa dos direitos de cidadania, e não para a mudança radical do sistema. Argumentava-se que um dos aspectos mais relevantes dos movimentos sociais urbanos referia-se à transformação de necessidades e carências em direitos, o que era visto como um amplo processo de revisão e redefinição dos espaços da cidadania (Boschi e Valadares, 1983).

A terceira fase do debate pode ser caracterizada, no início da década de 1990 que dava prosseguimento ao processo de democratização em curso que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 88, que avança na concepção de seguridade social, dos direitos sociais e também da criação de novos espaços de participação institucional, através dos conselhos de direitos e de políticas.

Nesse momento, as forças de esquerda cresciam, ressaltava-se o crescimento do Partido dos Trabalhadores (PT) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT). No Período, o quadro político apontava para uma crescente institucionalização das lutas sociais, no qual se constatava a abertura de possibilidades de participação por dentro das instâncias estatais. Tal cenário político trouxe por um lado um certo imobilismo, que colocava como desafio superar a cultura da resistência cultivada pelos movimentos sociais para ocupar os espaços de participação na política institucional, criando uma outra cultura política, uma cultura do tipo propositiva; buscar capacitação técnica para propor políticas na interlocução com o poder público, com o Estado em suas variadas instâncias; procurar novas relações com partidos políticos e com outros articuladores (GOHN, 1997).

Para Braz (2012, p. 126-127), esse período teve de enfrentar duas questões de natureza bem distinta, ainda que complementares: por um lado, a exigência de se criar uma cultura política de proposição que levasse o exercício da cidadania nos novos espaços democráticos existentes; por outro lado, a imperiosa necessidade de preservação da autonomia frente aos riscos de cooptação inerentes ao processo de institucionalização em curso.

Retomando a ideia central deste item, Montañó e Duriguetto (2010) ao analisar o debate dos novos movimentos sociais no Brasil, enfatizam que a produção teórica brasileira, e sua presença no debate latino-americano, acerca desta temática, foi fundamentalmente marcada pela incorporação dos paradigmas europeus, em suas três vertentes: a dos acionalistas, as vinculadas às premissas teóricas pós-modernas e a marxista franco-espanhola. No entanto, no debate brasileiro, as duas primeiras vertentes (a acionalista e a pós-moderna) parecem estar fundidas num rearranjo culturalista.

As classes sociais são substituídas, nessas abordagens teóricas, pela pluralidade de sujeitos políticos coletivos, concebidos a partir dos significados contidos em sua prática social, dos sentidos do seu existir, do seu imaginário e identidade cultural. Como corolário dessa leitura, valorizam-se as lutas microscópicas e fragmentárias, sem coordenação e estratégias politicamente definidas, em detrimento das lutas centradas nas contradições de classes.

Como já foi anteriormente referido no texto, a análise marxista dos movimentos sociais é introduzido no Brasil, a partir do conceito de contradições urbanas desenvolvido por Manuel Castells para analisar a emergência dos movimentos sociais urbanos no capitalismo avançado. Para Lojkin e autores marxistas, esses movimentos são necessariamente oriundos das desigualdades geradas na esfera produtiva, das contradições fundantes do modo de produção capitalista. As ações dos movimentos sociais são desdobramento e confluentes com as lutas de classe.

No Brasil, a grande movimentação popular que caracterizou os anos 1980, com a criação de importantes sujeitos coletivos como a CUT, o PT, o MST, e a explosão de greves em diversos setores, refluíu na década de 1990, tendo em vista a política assumida no país pelos diferentes governos do período, e, a pressão da conjuntura internacional. Embora o início dos anos 2000 possa ser caracterizado como um período de acomodação política dos movimentos operário e popular, isso não denota, contudo, o desaparecimento das lutas. No entanto, segundo Braz (2012, p. 140), “a partir dos anos 1970/1980 abriu-se entre nós uma época contrarrevolucionária que se prolonga até os dias atuais”.

3.2 OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Os processos de Reforma Sanitária pelo mundo ocorreram, quase sempre, em contextos democráticos e vinculados ao protagonismo das classes trabalhadoras e seus aliados. Teixeira (1995) cita os processos de Reforma Sanitária da Nicarágua, Brasil, Espanha, Portugal e Itália. Afirma que as formas assumidas na luta foram determinadas pelo processo mais global de transformação em cada formação social específica, seja por uma via revolucionária, seja numa transição democrática. O movimento sanitário brasileiro esteve incluído nas lutas mais gerais de democratização do país e no fortalecimento das formas organizativas dos trabalhadores.

No que se refere aos sujeitos políticos coletivos que apoiavam a Reforma Sanitária Brasileira ao final dos anos oitenta pode-se destacar os seguintes: o movimento sindical (vinculados ao ramo de atividade do setor saúde); o movimento popular; intelectuais e trabalhadores em saúde e; partidos políticos (JORGE, 1991).

Na década de 1990 a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a ABRASCO e o CEBES tiveram um papel importante no sentido de articular e mobilizar os trabalhadores em saúde, usuários e intelectuais, a fim de participar da 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde. No entanto, esse protagonismo ficou restrito aos espaços de controle social democrático, através da representação da CUT no Conselho Nacional de Saúde, o mesmo não ocorreu com toda a base cutista, que na verdade, ao longo do processo tem reivindicado para os trabalhadores acesso aos planos de saúde privados.

Portanto, a CUT teve um protagonismo, no processo de formação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde²⁹, após a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que articulou nesse momento propostas referentes à: capacitação de conselheiros, financiamento do SUS e a efetividade do controle social. A partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde e com o início do Governo Lula, a CUT inflexiona as suas proposições e deixa de ser protagonista do processo de

²⁹ As Plenárias de Conselhos de Saúde foram criadas por deliberação do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que aconteceu em abril de 1995, em Salvador - BA. Seu objetivo principal é promover a relação dos Conselhos de Saúde com a esfera nacional na perspectiva de fortalecer a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS).

articulação e mobilização das lutas sociais em saúde. Um dos principais aspectos que contribui para esse processo é o transformismo político-institucional de parcela importante das direções sindicais, através da participação de sindicalistas na administração do governo federal.

A pesquisa realizada por Bravo e Marques (2012) aponta que a partir da reconfiguração do movimento sindical³⁰, vivencia-se, a partir dos anos 2000, o surgimento de um significativo número de novas centrais sindicais. A emergência destas novas centrais ocorre não apenas pelo desgaste vivenciado no interior da CUT por seu setor combativo contrário à perspectiva do sindicalismo propositivo, mas, sobretudo, pela não autonomia da CUT face ao governo federal e o seu consequente imobilismo face às lutas da classe trabalhadora. No entanto, vale a pena ressaltar que apenas a CUT participou do processo constituinte. Para Bravo e Marques (2012, p.204):

Apesar da CSP – Conlutas, Intersindical e CTB fazerem clara referência ao projeto societário contra-hegemônico da classe trabalhadora, resgatando princípios do novo sindicalismo, sua não unificação em um único instrumento político demonstra tanto uma fragmentação no movimento sindical combativo, como a fragilidade de sua atuação na conjuntura neoliberal.

Tais elementos são explicados pela crise no mundo do trabalho e o refluxo organizativo dos trabalhadores vivenciado em escala internacional. Vários determinantes ocasionaram a sua inflexão, tais como; os processos de reestruturação produtiva; a eleição de Collor e Fernando Henrique Cardoso, governos que aderiram à ideologia neoliberal no período 1990/2001; o transformismo do PT e a adesão à ideologia social liberal; a permanência da estrutura sindical corporativa na legislação brasileira (unicidade sindical, monopólio de representação, poder normativo da justiça, imposto sindical; e opções políticas

³⁰ Nas análises realizadas por Bravo e Marques (2012) na atualidade, existem dez centrais sindicais, sendo duas criadas nos anos 1980 (CUT) e a Confederação Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB), 1983 e oito a partir dos anos 1990, sendo estas: a Força Sindical (1991), a Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST) 2005, a Central Sindical Popular (CSP – Conlutas) 2010, a Intersindical 2006, a Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB) 2007, a Central Sindical e Popular (CSP) 2008 e a União Sindical dos Trabalhadores (UST) 2008.

das direções sindicais, com uma aproximação crescente ao sindicalismo social-democrata dos países centrais) (BRAVO; MARQUES, 2012, p.204-205).

No que se refere ao projeto da RSB essa fragmentação do movimento sindical tem trazido prejuízos à luta, uma vez que não existe um mesmo instrumento político. Isso implica na fragilização das lutas, tanto no que se refere à mobilização e organização quanto no que diz respeito às demandas provenientes dessas centrais que reivindicam convênios e planos de saúde realizados pelos sindicatos e a participação na estrutura reguladora da ANS.

Outro sujeito político coletivo foi o Movimento dos Médicos Residentes e o Movimento de Renovação Médica (REME). Segundo Escorel (1998), no período entre 1974 e 1979, ocorreram transformações ideológicas concretas no mercado de trabalho uma vez que, a Residência Médica (RM) sofrera uma expansão significativa tanto no número de vagas já existentes e na abertura de novas. A Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) foi criada em 1967 por um grupo de residentes do Rio de Janeiro e de São Paulo, preocupados com questões referentes à normatização e a regulamentação da RM. A ANMR pode ser dividida em dois períodos. O primeiro, de 1966 a 1974 e; o segundo período, de 1975 até 1981, iniciou-se com a reativação das entidades estaduais do Rio de Janeiro e de São Paulo e perdurou até a sua regulamentação oficial.

Em sua primeira fase, a ANMR restringiu sua atuação à dimensão educacional da RM. No segundo momento da ANMR a preocupação dos residentes passou a ser a normatização dos programas de residência. Em 1977, cerca de 500 residentes em São Paulo promoveram uma manifestação para sensibilizar a opinião pública com relação aos seus baixos salários e as precárias condições de trabalho, prevenindo sobre uma possível paralisação. Em 1978, ocorreram quatro greves nacionais, havendo a paralisação de grandes hospitais no Rio, São Paulo, Porto Alegre e outras cidades (BOSCHI, 1987).

A partir de 1977, uma disputa na categoria médica foi iniciada entre os progressistas e os conservadores, através do Movimento de Renovação Médica (REME), que atuou nos sindicatos da categoria e organizou-se para as eleições dos Conselhos Regionais, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB). O REME tinha como principais propostas: oposição à

intermediação lucrativa e comercialização da medicina; controle da produção; comercialização e publicidade de remédios; apoio a uma indústria farmacêutica genuinamente nacional; ausência de políticas oficiais de controle da natalidade; ensino acadêmico-profissional de melhor qualidade; expansão do mercado de trabalho; restabelecimento dos direitos democráticos no país e; revogação das leis de exceção e constituinte (BOSCHI, 1987).

Os movimentos dos Residentes e de Renovação Médica participaram juntos também das lutas mais gerais da sociedade brasileira durante o ano de 1978, em particular pela anistia ampla, geral e irrestrita, integrando os Comitês de Saúde do Comitê Brasileiro de Anistia e participando das vigílias cívicas promovidas na Bahia, em Pernambuco, São Paulo, Minas Gerais, no Rio de Janeiro e no Ceará, durante a greve de fome realizada pelos presos políticos no primeiro semestre desse ano (SCOREL, 1998).

Na análise de Scorel (1998), o Movimento dos Médicos Residentes, embora integrando o Movimento de Renovação Médica, foi um movimento à parte. Identificava-se também com as propostas do CEBES, sem confundir-se com elas. Os dois tiveram em comum, muitas bandeiras de luta. Em 1980, os médicos residentes enfatizavam em seu jornal nacional aquilo que era proposto pelo CEBES e que veio a ser o princípio norteador da 8ª Conferência Nacional de Saúde: “Saúde não é caridade. É dever do Estado” (SCOREL, 1998, p. 96).

Na década de 1990, a participação dos médicos, através dos sujeitos políticos coletivos tendeu para o corporativismo que persiste até os dias atuais. A luta desses sujeitos políticos coletivos foram na perspectiva de alcançar ganhos salariais, de garantir representação nos espaços institucionais de participação, sem haver discussão ou processo de escolha com os demais trabalhadores da saúde e reivindicar alguns procedimentos de saúde, exclusivamente para a categoria, tal como está explícito no Ato Médico³¹. Esses sujeitos políticos coletivos também declinaram da sua participação no projeto de RSB.

Um dos sujeitos políticos coletivos do projeto e processo da RSB foram os movimentos populares em saúde que se originaram nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou nas favelas localizadas dentro dos grandes

³¹ PLS nº 268/2002 – Ato Médico. Trata das atividades privativas de Médicos.

centros urbano-industriais. Os moradores destes bairros se agruparam ao redor de associações comunitárias, em busca de alguma forma de organização em torno de reivindicações por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgotos, moradia, transportes. Estas formas de organização levaram à eleição de representantes para a condução das associações de moradores, que exerceram um papel principal no encaminhamento das demandas ao Estado. Para Gerschman (1995, p. 53) esse foi “o momento inicial na constituição do movimento popular em saúde em torno de reivindicações nas quais atribuía-se ao Estado a responsabilidade pela falta de assistência médica, postos de saúde e hospitais e consequentemente pela não resolução desses problemas”.

Gerschman identifica uma segunda fase, associada à primeira, uma vez que, se mantiveram os mesmos eixos reivindicativos, as associações de moradores dos diferentes bairros conseguiram se articular para a discussão dos problemas comuns, também fazer uma leitura política dos mesmos e propor uma atuação destinada a interferir nas soluções que o Estado viesse prover. Esta fase foi denominada de “politização do movimento popular em saúde”. Nesta direção, as associações organizaram-se em torno das Federações de Associações de Moradores Nacionais e Estaduais, que se organizaram periodicamente com prioridades referente à saúde, educação, moradia, transporte coletivo etc.

Uma terceira fase é denominada por Gerschman como de “acesso a formas orgânicas da política” ou de “institucionalização”. Esta fase relaciona-se com a formação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde.³² O movimento teve uma participação significativa na formação das plenárias estaduais e nacionais e, as Plenárias, por sua vez, tiveram um papel decisivo na elaboração da Constituição Nacional de 1988. Houve uma cisão do movimento acerca da questão da institucionalização, resultado das diferenças políticas no interior do movimento.

No processo mais amplo em torno da discussão da Constituição apareceram as diferenças políticas entre as duas facções. A luta ideológica no interior do movimento teve consequências singulares em relação à ação política. A

³² A Plenária Nacional de Entidades de Saúde era composta por entidades que representavam o movimento sindical, o movimento popular as universidades, representação dos partidos políticos e governo. Formada após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1988 para discutir as deliberações e implementação das deliberações da referida conferência. Essa Plenária existiu até 1995, quando foi criada a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

atuação política “para fora”, que tinha caracterizado o movimento na fase anterior, transformou-se em uma ação encaminhada para “dentro” do movimento, na qual sobrevieram infinitas discussões de caráter político-ideológico, que levaram progressivamente a um esvaziamento do movimento popular em saúde. A paralisação política do movimento foi notável nos finais de 80 e começos dos 90 (GERSCHMAN, 1995, p. 54).

Nas análises de Gerschman, a formação do MOPS iniciou-se paralelamente à discussão no campo da saúde a respeito da medicina comunitária e esteve ligada às experiências das comunidades de base da Igreja do Terceiro Mundo, que se expandiram por todo o país na década de 1970. Em suas origens, o movimento localizava-se principalmente nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Compunha-se de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos e de representantes da classe subalterna, agrupados ao redor das sociedades vicinais e de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas e favelas.

O MOPS no contexto da Reforma Sanitária viabilizou várias demandas, através da ação coletiva; o desenvolvimento de articulações políticas com outras forças que integravam o movimento social e partidos políticos, sindicatos etc.; e com a capacidade de reação e articulação perante crises do setor da saúde que evidenciavam a omissão do Estado diante de graves problemas epidemiológicos e de funcionamento dos serviços de saúde. “Sua atuação foi irregular, alternando momentos de importante presença de debates das políticas de saúde e em alguns momentos estavam mais voltados à discussão interna do movimento, os quais dificultavam a atuação do MOPS e o distanciavam dos centros de decisão na implementação da Reforma Sanitária” (GERSCHMAN, 1995, p. 99).

No início, o MOPS tinha a intenção de organizar e mobilizar uma articulação nacional. No entanto, a forma como estruturou e encaminhou suas propostas políticas, principalmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, acabou por incentivar a atuação do movimento nos níveis estadual e municipal, adquirindo este uma feição estadual.

Pulverizado nas grandes e pequenas cidades, bem como nos mais distantes grotões de todo o território nacional, o MOPS vai ganhar visibilidade numa

multiplicidade de localidades. Além das periferias das grandes regiões metropolitanas e capitais brasileiras, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Recife, Fortaleza, Vitória, Cuiabá e Teresina. Este movimento também marcava presença em localidades pouco lembradas, como “Ceilândia (DF), Porto Nacional (GO), Andradina (SP), Conceição do Araguaia (TO), Ji-Paraná (RO), Contagem (MG) entre outros. A prioridade do movimento eram as experiências “em medicina comunitária”. Até esse momento era mantida a independência e autonomia do movimento em relação aos partidos e governos” (MOPS, 2013, p.2).

Para a melhor compreensão do processo de criação do MOPS faz-se necessário ressaltar a década de 1970, a qual ocorreu o I Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária, no período de 25 a 29 de agosto de 1979, em Lins, São Paulo, contou com a participação de 332 militantes que tratou sobre a necessidade de criação de um programa que incluísse a família e os agentes comunitários de saúde. Nesse momento, o movimento adquiriu um perfil de contestação ao regime militar e de reivindicação da saúde como direito social. (MOPS, 2013, p.1).

Na década de 1980, realizou-se o II Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária, em Olinda-Pernambuco no período de 17 a 21 de setembro de 1980. Esse encontro contou com a participação efetiva de organizações populares e teve o apoio do Centro de Educação Popular do Instituto Sedes Sapiential Berço Dominicano Frei Beto. As temáticas debatidas deram sequência ao encontro anterior, realizado em São Paulo.

Ainda na década de 1980, com a realização do III Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária, em Goiânia, surgiu o Movimento Popular em Saúde. Nesse momento, o movimento direcionou suas ações às reivindicações, uma vez que, a conjuntura era de abertura política na perspectiva da democratização, que tornava o Estado mais receptivo à incorporação das demandas sociais. (MOPS, 2013, p.2).

Na década de 1990, foi realizado no período de 13 a 17 de julho de 1994 em Goiânia, o I Congresso Nacional do MOPS onde foram definidos os princípios do movimento e nova coordenação geral. Inicia-se processo de discussão da

participação nos canais institucionais, através dos conselhos de políticas públicas. Desse modo, o MOPS passou a participar do Conselho Nacional de Saúde, dos conselhos estaduais e municipais de saúde. As mobilizações e articulações, nesse período se tornam mais incipientes devido à ideologia neoliberal e os seus rebatimentos nas políticas sociais. Os espaços de disputas de interesses passaram a ser os conselhos de saúde.

A questão da saúde sempre esteve presente nos movimentos sociais populares, seja entendida como assistência médica ou condições de vida, falta de esgotos, água, alimentação etc. No entanto, seu aparecimento como elemento central de forma organização popular é registrado no final da década de 1970³³.

Na contemporaneidade, o MOPS coloca na agenda a luta pela Reforma Sanitária, apesar de se propor ser uma articulação nacional, suas lutas ocorrem no âmbito estadual. Além de continuar a discussão do processo de institucionalização do próprio movimento (MOPS, 2013).

No governo Lula, outros espaços institucionais foram abertos e o MOPS passa a ter representação no Projeto Visa Mobiliza coordenado pela ouvidoria da Anvisa; Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais por todo o Brasil; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde do Ministério da Saúde e; trabalhos realizados junto com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa vinculada ao Ministério da Saúde (MOPS, 2013).

No período de 12 a 14 de Março de 2009, em Brasília foi realizado o II Congresso Nacional do MOPS, tendo como tema Principal “O MOPS e a Reforma Sanitária Brasileira, Protagonismo para a Gestão Participativa”, realizado na Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria, e contou com a presença de 120 pessoas, sendo que participaram delegados dos 22 estados, observadores e convidados. Foram objetivos do congresso: articular os 27 estados brasileiros para o fortalecimento do MOPS Nacional, realizar os Encontros Estaduais e escolher nova coordenação nacional e executiva. Apesar do chamamento do congresso ser a RSB, não houve propostas concretas para a continuidade das lutas em torno da RSB, as discussões no congresso se voltaram para a organização e institucionalização do movimento.

³³ Ver Gerschman, 1995; Jacobi, 1988.

Diante dos fenômenos acima referidos existe uma tendência da continuidade da participação do MOPS, através dos espaços institucionais, no século XXI, até o presente momento o protagonismo do MOPS pela luta da RSB é incipiente, contrastando com a mobilização e organização desse sujeito político coletivo na década de 1980. Além do trabalho bastante atrelado junto a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, vinculada ao Ministério da Saúde que incentiva a institucionalização do movimento.

Quanto aos sujeitos políticos coletivos, partidos políticos brasileiros, no que diz respeito ao projeto da RSB tem que se levar em consideração que tanto a formação histórica do país quanto as diferentes conjunturas, aliado às lutas das classes trabalhadoras a nível mundial, contribuíram para a conformação dos partidos políticos no Brasil. Esses processos ocorreram em diferentes contextos, sendo esses: de ditadura; seguidos pelo período de redemocratização do país; da ideologia neoliberal que a sucedeu e na contemporaneidade, a ideologia social liberal. Estes diferentes contextos políticos, sociais e econômicos permearam o debate, as articulações, fusões e os rumos dos partidos políticos no país.

Na formulação do projeto e na participação do processo da RSB, o Partido Comunista Brasileiro (PCB), teve uma participação importante através dos seus quadros. A partir da década de 1980, o Partido dos Trabalhadores (PT), torna-se também um dos protagonistas do projeto e processo da RSB com participação de ambos os partidos na Assembleia Constituinte e na Plenária Nacional de Saúde. Arouca (1991, p. 16-17) se refere à participação do Partido Comunista nesse processo,

foi no interior do partido comunista que começou a nascer o pensamento de uma perspectiva de reforma sanitária, reforma esta já pensada na década de 40, que passou pela escola de Samuel Pessoa, por Gentile de Mello, pelo nascimento do movimento de medicina social e medicina preventiva, onde foi pensada a questão social da medicina, a multicausalidade, onde foi introduzido o pensamento do materialismo histórico e foi possível desenvolver experiências de reorganização dos serviços de saúde. esse movimento sanitário, que pela contingência da clandestinidade, era suprapartidário, assumiu também que o estado não é monolítico. o estado é um espaço de luta social.

Nos estudos realizados por Bravo et al., (2012), destacam-se os principais elementos que contribuíram para a conformação dos partidos políticos enquanto sujeitos políticos coletivos nas diferentes conjunturas da história brasileira, sendo estas:

1) a ditadura tinha como estratégia imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esse processo, tais como: os partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais e toda e qualquer força progressista da sociedade, exigindo a desarticulação;

2) no período de ditadura e de distensão política identifica-se um sistema bipartidário, ou seja, a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Este último era composto por integrantes do PCB e de outras correntes de esquerda que se encontravam na clandestinidade;

3) em 1979, é votado um projeto de reformulação partidária, no qual são extintos tanto a Arena quanto o MDB e são criados outros seis partidos, sendo estes: o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), o Partido Democrata Social (PDS) o Partido Popular (PP), o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) , o Partido Democrático Trabalhista (PDT) e o Partido dos Trabalhadores (PT) que surge das bases sindicais;

4) a Assembleia Constituinte foi arena dos principais acontecimentos políticos de luta pela democratização e contou com a articulação dos partidos de esquerda, tais como PT, PDT, PC do B e PCB;

5) o PT tem um crescimento significativo que foi resultado da organização dos trabalhadores a partir dos anos 80;

6) surgimento de novos partidos políticos, tais como o Partido Popular Socialista (PPS), em 1992, resultando de divisão interna do PCB; em 1994 de dissidências do PT e, em 1995, o PCB foi refundado;

7) a partir de dissidências com o PT e PSTU foi criado o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) em 2004 (BRAVO et al., 2012).

No que diz respeito aos partidos políticos no Brasil e a luta pelo projeto e processo da RSB, os estudos de Bravo et al. (2012) apontam um certo distanciamento dos partidos políticos em seus programas das questões da saúde. Identifica-se uma ausência do enfoque e propostas da RSB que abarquem questões relacionadas ao SUS, à universalização, controle social, à relação público x privado. Não se identificou nenhum partido na atualidade, com o protagonismo para a defesa do projeto de RSB. Os partidos que tiveram destaque no processo da Constituinte e defenderam as propostas da RSB se afastaram de suas proposições, a partir dos anos 1990. No que diz respeito aos governos Luís Inácio da Silva e Dilma Rousseff e os seus partidos aliados, que tiveram protagonismo na Reforma Sanitária, têm apresentado propostas de flexibilização do projeto, reforçando desse modo, as perspectivas da terceira via, destaca-se aqui o PT, o Partido Socialista Brasileiro (PSB) e o PMDB.

Os rumos tomados pelo PT no governo federal acabaram por fragilizar a luta dos trabalhadores. O PT na contemporaneidade tem se posicionado predominantemente a favor dos processos de privatização na saúde, ao defender os novos modelos de gestão expressos através das PPP, EBSERH, Fundações Estatais de Direito Privado e Organizações Sociais. Vale a pena ressaltar que os partidos que tiveram importância na articulação e posicionamento durante o processo Constituinte atualmente não apresentam uma agenda de lutas unificada, o que tem impacto nas lutas pela RSB.

Um dos marcos do projeto da RSB foi à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília (1986), sendo a primeira conferência que teve a participação da sociedade civil e contou com o protagonismo dos trabalhadores em saúde e setores populares. A conferência foi estruturada em três eixos básicos, a saber: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor saúde. Participaram da conferência cerca de 4000 pessoas dentre as quais 1000 delegados. As principais proposições foram a criação do SUS, com rede regionalizada e hierarquizada, atendimento integral, participação da comunidade, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado. O Relatório Final da conferência estabeleceu os principais elementos do projeto de Reforma Sanitária.

Após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o desafio passou a ser a implementação, ou seja, a institucionalização, das deliberações. Para tanto, foi criada nessa época a Plenária Nacional de Entidades de Saúde de que participavam partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, personalidades, contando na sua coordenação com o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a CUT e representantes de vários movimentos (SILVA apud FALEIROS et al. 2006, p. 88-89)

Em 1986 foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária constituída de forma paritária por representantes do governo e da sociedade e composta por órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil. Segundo Rodriguez Neto (2003), mesmo contando com a presença de representantes dos empresários da saúde, a CNRS levou adiante as proposições tiradas na 8ª Conferência, embora os representantes do movimento sindical, ligados à bandeira da “estatização já!”, as considerassem moderadas, e os representantes dos empresários da saúde as taxassem de radicais. Ao longo de 1987, durante os trabalhos da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Constituinte, quatro grupos de entidades foram convidados a se manifestar nas audiências públicas: as entidades estatais, como o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); as entidades patronais e prestadoras de serviços privados lucrativos ou filantrópicos, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Santas Casas de Misericórdia; as entidades dos trabalhadores, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), e as associações profissionais; e as entidades científicas e de ética, como a Fiocruz, o CEBES e a ABRASCO.

A maioria dessas entidades apresentou considerações e propostas coerentes com a 8ª CNS, enquanto as cooperativas médicas e a FBH, alinhadas com a prática liberal e a iniciativa privada, uniram-se contra a perspectiva de estatização do atendimento à saúde. O setor filantrópico (Santas Casas) aderiu às propostas estatizantes quando lhe foi assegurado um tratamento diferenciado dentro do setor privado (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O relatório aprovado na subcomissão foi apresentado como anteprojeto para a Comissão da Ordem Social da Assembleia Constituinte. O anteprojeto trazia a noção de seguridade social, que englobava saúde, previdência e assistência social, tal como proposto no documento da Comissão Nacional para a Reforma Sanitária.

Contudo, para que o SUS não fosse levado a um comando orçamentário subordinado às áreas de seguridade e previdência, foi incluído o dispositivo definindo a cada área a gestão de seus recursos (que se tornaria o parágrafo 2º do Art. 195, seção I, cap. II, da Seguridade Social). O passo subsequente do texto constituinte foi a Comissão de Sistematização. Durante os trabalhos desta comissão, previa-se que a sociedade enviasse propostas de Emenda Constitucional – as emendas populares, que deveriam ter no mínimo trinta mil assinaturas para serem admitidas.

A emenda popular apresentada pela Plenária Nacional de Saúde foi defendida por Sérgio Arouca então presidente da Fiocruz, contando com o apoio do PT, PCB, PC do B, ABRASCO, CEBES, Conselho Federal de Medicina, CUT, entre outras entidades. Da parte dos empresários, apenas uma emenda foi apresentada pela FBH, ABRAMGE, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade, propondo a existência de um sistema privado autônomo e concorrente com o sistema público. Naquele contexto, essa emenda não foi incorporada ao texto apresentado à última etapa da Constituinte: o Plenário. Nessa instância final, contudo, os grupos conservadores recuperaram o espaço que haviam perdido em muitas comissões da Assembleia Constituinte e, numa articulação política, reuniram-se no chamado “Centro Democrático” ou “Centrão”, que contava com representantes do PMDB, PFL, PTB e PDS. Dizendo-se representantes da “vontade média” do povo brasileiro, conseguiram mudar o regimento interno da Assembleia, para que, a partir de então, pudessem ser apresentadas emendas e até mesmo projetos de Constituição que não tivessem passado pela Comissão de Sistematização para votação. Na saúde, os deputados conservadores reuniram-se em torno do combate à “estatização” e defenderam os interesses dos setores hospitalares privados, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e do setor liberal da medicina (RODRIGUEZ NETO, 2003). Desse modo, a Constituição de 1988 garantiu a saúde como direito de todos e dever

do Estado, criou o Sistema Único de Saúde e também garantiu a complementaridade do setor privado.

Vale a pena ressaltar que durante a década de 1990 dois sujeitos políticos coletivos se destacam no processo de implementação da RSB, através do SUS, o CONASS e o CONASEMS, numa conjuntura política complexa, o início do ideário neoliberal no país e as contrarreformas provenientes do processo, Gerschman, 1989, p.122) destaca:

Grandes dilemas colocam-se perante um processo que aspira uma reforma profunda do sistema de saúde, iniciado na esfera administrativa, mas que colide desde o começo com consideráveis interesses na defesa da manutenção da ordem vigente, instalados tanto no setor privado da área de saúde como nos aparatos institucionais [...] no âmbito do financiamento das políticas públicas que passam a se reger por critérios redistributivos e de eficiência deslocando e realocando recursos; no que diz respeito ao papel e ao preenchimento da função pública por parte dos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, etc. [...] a participação da população, do usuário do sistema, na administração, gestão e controle das unidades locais de saúde.

Na década de 1990, foi discutido o projeto de lei orgânica do setor, ao tempo que se aprofundava a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, encontrando a RSB vários entraves para a sua implementação. Segundo Paim (2008, p. 179-180) “o recuo dos movimentos sociais, a disseminação da ideologia neoliberal e a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde, ensejaram o aparecimento de uma “operação de descrédito” contra o SUS, seja por parte das classes dirigentes e mídia, seja pelas ações políticas predominantemente corporativas dos trabalhadores de saúde”. Apesar das adversidades, o Projeto de Lei Orgânica da Saúde foi sancionado pelo presidente Collor, Lei 8.080 de setembro de 1990³⁴, houve vetos, no que se referia ao financiamento do setor e a participação da comunidade no sistema. A Plenária Nacional de Entidades de Saúde fez uma

³⁴ Especifica os princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nos diversos níveis da Federação, como também oferece indicações sobre relações com os serviços privados, financiamento, gestão financeira, recursos humanos e planejamento.

mobilização significativa e conseguiu complementar a Lei Orgânica da Saúde, através da Lei 8.142/90³⁵ que regula a participação da comunidade no SUS.

Na década de 1990 o Conass e o Conasems têm um protagonismo no processo de implantação do SUS com vistas ao processo de descentralização político-administrativa. Nesse processo foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde: municipalização é o caminho”, que representava a força do movimento municipalista cujo sujeito político coletivo passa a ser o Conasems.

De acordo com Paim (2008, p. 190) ao se referir as reivindicações desse sujeito político coletivo ressalta que “as críticas usuais relacionadas ao tema da municipalização, concentravam-se nos critérios de repasse de recursos, nos atrasos e valores das parcelas de pagamentos, no excesso de formulários e de burocracia e na ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias. Poucas foram as manifestações que apontavam para o distanciamento do conteúdo dessas portarias em relação à Reforma Sanitária”. O movimento municipalista continuava a crescer, ocupando espaços significativos no aparelho estatal da saúde.

Desse modo, o Conass defende as reivindicações dos gestores estaduais com ênfase na definição de responsabilidades, no que se refere à gestão, gerência e recursos financeiros. Muitas vezes, esses limites, não estavam claros acerca das responsabilidades dos gestores estaduais e municipais, representados pelo Conasems. Vale a pena ressaltar, que esses sujeitos políticos coletivos ao longo de meados da década de 1990 e no século XXI passam a ter todo suporte necessário, no que diz respeito a estrutura física, assessorias e financiamento de suas atividade pelo Ministério da Saúde.

Na contemporaneidade, foi criado o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira em 2005 com o objetivo de mobilizar para o chamamento da necessidade de se colocar a RSB na agenda política durante o governo Lula. Os principais sujeitos políticos coletivos nesse processo foram: o CEBES, a ABRASCO, a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA). Destes sujeitos políticos

³⁵ Assegura a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos nos três níveis de governo.

coletivos se destacam o CEBES e a ABRASCO por imprimirem direção política ao movimento.

O CEBES foi criado em 1976, articulado durante a realização da 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Surgiu na perspectiva de discutir a questão da democratização e da saúde. A partir de 2009, definiu que o seu objetivo é organizar e fomentar debates, estudos, pesquisas na área da saúde e lutar pela melhoria das condições de vida e de saúde.

A ABRASCO formada em 1979 e desde o seu momento de criação até os dias atuais prioriza três eixos: a formação de recursos humanos em Saúde Coletiva, a produção de conhecimentos técnico-científicos e a Política Nacional de Saúde.

Nesse processo, outro sujeito político coletivo importante tem sido a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde criada em 2010, com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal. Além de criticar o projeto de RSB defendido, na atualidade, pelo Fórum da Reforma Sanitária.

Dos sujeitos políticos coletivos do projeto e processo da RSB destaca-se o CEBES e a ABRASCO, os quais serão analisados no capítulo III devido a sua importância no projeto e processo da RSB a partir da década de 1970 e na contemporaneidade integrarem o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e darem a direção política no projeto. Também é fundamental analisar a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, o que será realizado no capítulo IV. Assim, afirmamos que no processo da RSB têm sido defendidos e construídos diferentes projetos da RSB expressos através das lutas dos sujeitos políticos coletivos referidos.

A disputa de projetos ocorre na sociedade civil que não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. Quando falamos de sociedade civil, estamos nos referindo à construção e/ou desconstrução, de estreitamento ou ampliação de determinados espaços que, em certo sentido orientam as práticas dos sujeitos políticos coletivos.

A trama da sociedade civil é formada por múltiplas organizações sociais de caráter cultural, educativo e religioso, mas também político e, inclusive econômico.

Por seu intermédio difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que domina o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social. Nela se forma a vontade coletiva, se articula a estrutura material da cultura e se organiza o consentimento e a adesão das classes dominadas. Para tanto, necessário se faz entender o conceito de sociedade civil.

3.3 O DEBATE ACERCA DA SOCIEDADE CIVIL

O tema da sociedade civil tem sido colocado em evidência na contemporaneidade. A sua recuperação e a centralidade que ocupa nos debates intelectuais internacionais e nacionais, particularmente nos contextos de “Estado de direito”, estão quase sempre vinculadas à ideia de expansão da democracia.

A sociedade civil na contemporaneidade designa formas de ampliar a representação da sociedade nos processos de gestão do Estado. Entretanto, a capacidade de pensar a conflitualidade como constituidora da trama social, fica reduzida à institucionalidade vigente. Portanto, o recurso à sociedade civil corresponde à necessidade de envolver a sociedade nas ações estatais, conferindo legitimidade aos ajustes e reformas requeridos pelo processo de reestruturação capitalista.

A ideia de sociedade civil surge na modernidade junto com o pensamento liberal e constitui um de seus elementos básicos. Foi resultado da crise social que ocorreu na Europa a partir do século XVII, em consequência do ciclo de revoluções sociais iniciado com a Revolução Inglesa e seguido pela Revolução das Treze Colônias e pela Revolução Francesa. Expressou a tentativa de resolver a crise ideológica provocada pela ruptura nos paradigmas da ideia de ordem.

No pensamento liberal, a racionalidade da sociedade é identificada com a racionalidade do mercado capitalista e entendida como superior à atividade política do Estado, que por isso, não deveria interferir nessa esfera. Razão, indivíduo e sociedade civil são três elementos básicos da visão liberal. A razão é transfigurada em razão instrumental, como expressão sublimada das leis de funcionamento do mercado. O indivíduo é entendido como o indivíduo do sexo masculino e proprietário, e a sociedade civil como sociedade bem organizada, como espaço ordenado (civilizado) onde esses indivíduos proprietários, desenvolvem sua

associatividade. Esse conceito de sociedade civil, não compreendia todas as formas de associatividade, mas apenas as que estavam relacionadas à razão, ou seja, ao mercado.

Através de Hobbes e Locke, já havia surgido de forma explícita a ideia de sociedade civil. Ao contrário do que afirmam hoje alguns defensores do neoliberalismo, o termo sociedade civil surgiu em contraposição ao de sociedade natural, e não em contraposição ao Estado.

No início da teoria liberal não havia lugar para a concepção da sociedade civil como um setor específico da sociedade contraposto ao Estado. A sociedade civil era aquela que, justamente por contar com uma estrutura estatal, o poder centralizado, garantia o respeito às normas contratuais e o comportamento civilizado das pessoas. Segundo Hobbes (1997, p.177),

No Estado de natureza, todo homem vê os outros como concorrentes, pois todos são iguais na capacidade de alcançar seus fins, podendo até causar um ao outro a morte, na defesa dos seus interesses [...] isso é mais do que consentimento ou concórdia, é a unidade real de tudo em uma e na mesma pessoa, instituída pelo pacto de cada homem com os demais e de tal forma a este homem ou assembleia de homens meu direito de me governar a mim mesmo, com a condição de que vocês transfiram seus direitos a ele e autorizem todos os seus atos da mesma forma.

De acordo com o pensamento liberal até Hegel, não havia diferença entre sociedade civil e sociedade política. Ao contrário, era justamente o estabelecimento do Estado e de relações políticas entre os homens, ou seja, relações reguladas pelo compromisso de cumprimento das normas contratuais, garantidas por uma instância, centralizada de poder – o que civilizava os homens e lhes permitia abandonar sua situação original de isolamento e de guerra de todos contra todos. Sociedade civil e sociedade política eram sinônimos; seu termo antagônico era sociedade natural. Segundo Locke (1978, p. 88-89)

[...] com esse objetivo os homens cedem seu poder natural para sociedade em que ingressam, e a república põe o poder legislativo em mãos que considera idôneas fiando nelas o governo, por leis declaradas, pois de outra sorte a paz, o sossego e a propriedade de todos se encontrariam na mesma incerteza que no Estado de natureza [...] pois os homens não abandonam a liberdade do Estado de natureza, nem se sujeitariam à sociedade política, se não fosse para preservarem suas vidas, liberdade e fortunas, mediante a

promulgação de normas de direito e propriedade que assegurassem seu fácil sossego.

Para Hegel o Estado não deve interferir nos acontecimentos econômicos, mas sendo isso possível em caso de ocorrência de desastres naturais e guerras. “A economia de mercado, os ‘sistemas de carecimentos’, possui regras que lhe são imanentes, que regulam o seu processo e o modo de funcionamento”. (Hegel, 2010, p. 13).

A sociedade civil-burguesa (*burgerliche Gesellschaft*) na perspectiva hegeliana possui duas concepções que formam dois sentidos:

O de sociedade civil, enquanto sociedade portadora de direitos, corporificados em determinadas instituições que não são estatais, estrito senso, e o da sociedade econômica, sociedade de mercado, na qual vigoram os mecanismos de troca (HEGEL, 2010, p. 14).

Em Hegel não pode haver sociedade civil sem a ideia burguesa de sociedade, de modo mais preciso, não tem como existir Estado de direito sem a economia mercadológica, com isto se conclui em seu pensamento que o campo jurídico que garante o Estado de direito (é nas leis de mercado e nas leis que garante as liberdades individuais e seus carecimentos), não pode ser real na sua efetivação sem sua condição mais necessária, que é a economia de mercado.

Para Hegel, não há sociedade civil sem sociedade burguesa, não há Estado de direito sem economia de mercado, não há o conjunto das liberdades civis e políticas sem o capitalismo, que é sua condição. Ele pensou o elo entre uma sociedade portadora de direitos e a economia de mercado ao mostrar a articulação entre liberdades civis, políticas e econômicas. Três ideias devem sublinhar o tratamento hegeliano da sociedade civil (HEGEL, 2010, p. 14):

1. A afirmação do caráter histórico da mesma. Ao estabelecer a distinção entre Estado e *burgerliche Gesellschaft*, Hegel ressalta que essa é uma divisão histórica e não essencial surgida com o aparecimento da sociedade moderna;
2. Sua conceitualização da sociedade civil como esfera de interesses mutuamente conflitivos;
3. A ideia da dupla dimensão moral da sociedade civil, que, ao mesmo tempo, é espaço de realização do indivíduo e de egoísmo.

Para Hegel, a superação desse conflito situava-se mais além da sociedade civil; localizava-se no Estado, o qual interpretava como substancialização da eticidade e que – fiel ao paradigma liberal – continuava considerando uma instância separada da sociedade. O postulado de Hegel, segundo o qual a sociedade civil seria a esfera das relações econômicas e dos interesses particularistas e o Estado a esfera da universalização, constitui o ponto de partida para o desenvolvimento dos estudos em Marx.

Para Netto (1990), Marx pensa a sociedade burguesa como sociedade específica do capitalismo, onde a soberania do indivíduo frente à comunidade corresponde simetricamente à soberania do Estado frente ao cidadão – portanto, onde a contraposição privado/público alcança a universalidade.

Na confrontação com as ideias de Hegel, Marx se contrapõe à ideia de que o Estado é um elemento universalizador que compreende a sociedade, que o Estado funda a sociedade. Está presente a ideia do confronto entre universalidade do Estado e particularidade dos interesses. É por isso que, para Marx, faz-se necessário romper com a propriedade privada e com a noção de que este Estado é um momento da universalidade.

Ao se referir ao Estado conceituado por Hegel – como instância unificadora, universal, que nessa sua generalidade dá expressão às diferenças, às particularidades da sociedade civil – Marx vai afirmá-lo enquanto uma construção falsa e artificial, sem correspondência com a realidade, sem existência de interesses antagônicos.

A concepção do político ou do Estado em Marx não deve ser compreendida como simples reflexo mecânico das relações de produção capitalistas, pois esta concepção foi elaborada a partir das suas análises de conjunturas históricas específicas, levando em conta mediações particulares. Dias (1996), afirma que elas não são o mero reflexo porque é o produto da dinâmica das leis tendenciais, das leis de movimento da sociedade.

O Estado para Marx é um Estado de classe, quer dizer, “Estado de uma sociedade dividida em classes. Este Estado representa o produto de uma relação

com a totalidade das relações sociais, isto é, o Estado representa a relação dos interesses das classes dominantes com os das outras classes sociais” (MONTAÑO, 2010, p.35). O comportamento do Estado é em função do grau de desenvolvimento das lutas de classe em cada formação social,

relações sociais que emergem das relações de produção. A minha investigação desembocava no resultado de que tanto as relações jurídicas como as formas de Estado não podem ser compreendidas por si mesmas nem pela chamada evolução geral do espírito humano, mas se baseiam, pelo contrário, nas condições materiais de vida cujo conjunto Hegel resume, seguindo o precedente dos ingleses e franceses do século XVIII, sob o nome de “sociedade civil”, e que a anatomia da sociedade civil precisa ser procurada na economia política (MARX, 1982, p. 301).

É evidente que para Marx, a supressão progressiva do Estado burguês tem de levar à extinção gradual e progressiva do Estado, e não à constituição de um novo Estado. A tarefa deste na transição pós-capitalista seria precisamente, a de permitir que a sociedade recuperasse todas as forças que os Estados anteriores haviam repetidamente alienado durante séculos: a transferência efetiva do poder do Estado para uma sociedade que não fosse mais a sociedade burguesa, mas uma sociedade na qual a relação civil entre os seus membros estivesse livre da alienação. De acordo com Montañó (2010, p. 35):

Marx define a sociedade civil, enquanto sociedade burguesa, como a esfera da produção e da reprodução da vida material – ou como afirmará com Engels, em A ideologia alemã. (1993) [...] a sociedade civil abrange todo o intercâmbio material dos indivíduos abrange toda a vida comercial e industrial de uma dada fase para ele, é na sociedade civil que se fundamenta a natureza estatal, e não o contrário, como supunha Hegel. Ou seja, o Estado é um produto da sociedade civil, expressa suas contradições e as perpetua, e não como pensa Hegel, uma esfera independente, com racionalidade própria.

Marx trabalha o tempo todo, a partir do movimento do real e nas condições de desenvolvimento do seu tempo, como tais questões aparecem e se encadeiam na dinâmica das formações sociais capitalistas. Quer entender os elementos que estão operando no que Gramsci viria a chamar posteriormente, de formação da hegemonia.

O retorno da discussão sobre a ideia de sociedade civil na contemporaneidade está vinculado aos complexos processos que se

desencadearam no mundo a partir do fim dos anos 1970. Esse é um dado que deve ser levado em conta, pois o contexto específico da luta política sem dúvida influenciou os diferentes conteúdos que lhe foram conferidos. Tem sido utilizado por diversas forças para ganhar terreno em disputas reais. Em essência, apareceu vinculado a três conjunturas diferentes de conflito político, cada qual concebendo uma interpretação específica do mesmo.

Um desses contextos foram os países comunistas do Leste Europeu, onde a ideia foi utilizada por aqueles que rejeitavam um Estado ultracentralizador e todo poderoso, e “buscavam espaços livres de seu domínio para o pensamento e a ação. Nesse contexto, o termo sociedade civil foi empregado como principal denominador comum dos processos de subversão e mudança ocorridos nos países do comunismo de Estado. Nessa visão sociedade civil converteu-se em sinônimo de anticomunismo” Acanda (2006, p. 18).

O segundo contexto foi o da utilização da ideia de sociedade civil, nesse mesmo período, pela nova direita dos países capitalistas desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra, em sua luta pelo controle do governo. A ofensiva neoconservadora, em seu empenho de eliminar as conquistas alcançadas tanto pelo movimento operário quanto pelas esquerdas e de dismantelar, o assim chamado, Estado de bem-estar social, defendeu a ideia de um Estado mínimo, com reduzida intervenção na vida econômica e social, e despojado de suas funções redistribucionistas, para permitir o que chamaram de fortalecimento da sociedade civil. Esta era entendida como a esfera em que indivíduos economicamente autônomos estabelecem entre si – de forma livre e voluntária, e tendo como base o mercado – todo tipo de relações associativas a fim de enfrentar suas diferentes necessidades e resolvê-las sem a ingerência burocrática do Estado (ACANDA, 2006, p.18).

Nesse contexto a ideia de sociedade civil foi utilizada como base teórica da projeção política do neoliberalismo. Entendida como esfera da vida social organizada que é voluntária, autogeradora, autossustentável, autônoma do Estado e que compreende cidadãos que atuam coletivamente numa esfera pública para exprimir seus interesses, paixões e ideias.

Nessa perspectiva a sociedade civil tem funções de mediação e construção democráticas, dentre as quais menciona sua capacidade de criar um amplo leque de interesses que podem interceptar e, portanto, diminuir, as polaridades principais do conflito político e o fato de uma sociedade civil ricamente pluralista poder criar um

tipo moderno de cidadania que transcenda as divisões históricas, pautadas em critério de classes, étnicos etc.

Ocorre que ao enfatizar a sociedade civil como fenômeno de fundamental importância na democratização das sociedades se ressalta que essa democratização não implica aceitar uma definição de democracia que inclua, ao lado dos direitos políticos, os direitos econômicos e sociais.

O terceiro contexto foi a retomada do conceito por setores da nova esquerda latino-americana. Nessas sociedades, a especificidade do contexto histórico das décadas de 1970 e 1980 levou à ideia a assumir outro significado. Acanda (2006) ressalta, que em quase todos os países da região essas décadas foram anos de expansão de ditaduras militares, cuja tarefa principal consistiu na eliminação de todas as formas associativas por meio das quais, durante décadas, haviam se manifestado as lutas e aspirações dos setores sociais explorados e excluídos.

Nessa conjuntura o termo civil adquiriu um significado simples e concreto: representava tudo o que se opunha às arbitrariedades do regime militar e à reconstrução de laços associativos que visassem restabelecer a ação política. Destaca-se a crise dos Estados e dos partidos políticos tradicionais (inclusive os marxistas e de esquerda em geral) na América Latina levou muitos a defenderem o papel de protagonista, na luta contra a dominação, de um novo tipo de movimentos populares, que foram identificados à sociedade civil: organizações de bairros, movimentos estudantis e feministas, sindicatos etc. De acordo com Acanda (2006, p. 21-22),

Nas décadas de 1970 e 1980, período das ditaduras militares pautadas pela doutrina de “segurança nacional”, o ataque ao Estado e a menção à sociedade civil pelos grupos progressistas e revolucionários latino-americanos expressou a rejeição a uma política que impunha não apenas o programa neoliberal, mas também a destruição das formas associativas nas quais tradicionalmente se havia manifestado a resistência popular. Ao contrário da interpretação neoconservadora, a sociedade civil foi entendida por esses grupos como uma nova força, capaz de exigir do Estado não somente a diminuição da repressão, como maior responsabilidade social. O objetivo não era a eliminação das funções sociais, econômicas e redistribucionistas do Estado, e sim o seu fortalecimento [...] Ainda que o termo “sociedade civil” tenha tido para a esquerda latino-americana um significado político contrário ao que lhe deram os dissidentes do leste europeu e os neoconservadores ocidentais, nessas diferentes posições existe uma raiz conceitual

comum: a dicotomia Estado-sociedade civil, revelada nas conceituações bastante imprecisas que a ideia de sociedade civil adquire para alguns autores latino-americanos.

O conceito de sociedade civil também foi analisado por Gramsci, sendo ele um dos pensadores políticos mais importantes do século XX. Sua obra é referência imprescindível ao se abordar o tema da sociedade civil. O uso da expressão sociedade civil em Gramsci é diferente do significado dado por Hegel e Marx. Gramsci concebe a sociedade civil, não como estrutura, base material, mas como um momento da superestrutura, lugar em que se dá a formação do poder ideológico distinto do poder político, integrando um momento do Estado.

Acanda (2006) enfatiza que o conceito de sociedade civil é uma noção política, não um instrumento neutro. E como qualquer outra categoria da teoria social, só adquire significado quando situado num contexto sistêmico. Por isso, se queremos definir o que entendemos por sociedade civil numa perspectiva teórico-crítica, devemos começar por definir o que é “Estado, política, autonomia e democracia e também liberdade e dominação” (ACANDA, 2006, p. 174). Para o autor o conceito de sociedade civil não é só um instrumento de análise, é também um instrumento de projeto – principalmente porque, quando falamos de sociedade civil, estamos falando de construção e/ou desconstrução, de estreitamento ou ampliação de determinados espaços que, em certo sentido, guiam a atividade e o movimento de sujeitos políticos coletivos.

Gramsci foi um teórico-político marxista, no entanto, pertenceu a uma geração de marxistas que teve de construir sua teoria criticando a sua versão “oficial” do marxismo imposta pela II Internacional. O centro de sua crítica teórica foi o liberalismo e o marxismo economicista.

De acordo com Gramsci (1999) o Estado é todo o conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não somente a sua dominação, mas também consegue obter o consenso ativo dos governados. Na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que o Estado = sociedade política + sociedade civil. Isto é, a hegemonia armada de coerção).

O Estado, para além de suas funções repressivas de tutelamento de uma sociedade de classes exerce um papel fundamental, na sua função pedagógica, na construção/consolidação/reprodução da direção cultural da classe hegemônica. Esta é precisamente a função do direito no Estado e na sociedade; através do direito, o Estado torna homogêneo o grupo dominante e tende a criar um conformismo social que seja útil à linha de desenvolvimento do grupo dirigente.

O desenvolvimento de uma nova compreensão da relação infraestrutura/superestrutura requereu para isto que fosse formulada sua teoria ampliada do Estado, na qual a superestrutura passa a constar com dois níveis distintos, a sociedade política, ou conjunto de mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio da violência (burocracia e as forças armadas) e a sociedade civil, compreendendo o conjunto de organizações públicas e privadas responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias.

É neste sentido que Gramsci (2000b) fala do Estado ético, quando eleva as massas ao nível cultural correspondente ao desenvolvimento das forças produtivas. Afirma que para tal, as escolas com sua função educativa positiva e os tribunais como função educativa negativa seriam as atividades estatais mais importantes, juntamente com o conjunto predominante de múltiplas iniciativas privadas que formam o aparelho da hegemonia política e cultural das classes dominantes.

Entende que o poder é conquistar o consenso na sociedade civil, antes de tomar os aparelhos da sociedade política. Introduce uma nova trajetória para a classe operária realizar a transição para o socialismo. Gramsci (2000b, p. 43) ao empregar o termo hegemonia o fez ao referir-se ao “sistema de alianças que a classe operária deve criar para derrubar o Estado burguês e servir como base social do Estado dos trabalhadores”. Valeu-se do termo para argumentar como o proletariado soviético teria de sacrificar seus interesses corporativos, econômicos, de modo a sustentar uma aliança com a classe camponesa e servir assim aos seus próprios interesses gerais.

Nas condições modernas, argumenta Gramsci (2000b), uma classe mantém seu domínio não simplesmente através de uma organização específica da força, mas por esta ser capaz de ir além dos interesses corporativos estreitos, exercendo

uma liderança moral e intelectual e fazendo concessões, dentro de certos limites, a uma variedade de aliados unificados num bloco histórico.³⁶

Embora Gramsci (1999, p. 160-161) tenha escrito que “as instituições de hegemonia estão localizadas na sociedade civil, ao passo que a sociedade política é a arena das instituições políticas no sentido constitucional jurídico” ele assinala que essa é uma divisão puramente metodológica e acentua a superposição efetiva que existe nas sociedades concretas.

A hegemonia, como é possível argumentar, não se reduz à legitimação, falsa consciência ou instrumentalização da massa da população, cujo senso comum ou visão de mundo segundo Gramsci é composto de vários elementos, alguns dos quais contradizem a ideologia dominante. Pode propiciar uma visão de mundo mais coerente e sistemática que não só influencia a massa da população, como serve como princípio de organização das instituições sociais.

De acordo com Dias (1996) uma grande parte da literatura marxista sobre hegemonia do ponto de vista gramsciano, parte da centralidade da questão de alianças de classe na sua imediatez política. Nestas perspectivas trabalha-se abstratamente a hegemonia como capacidade de uma classe subordinar/coordenar classes aliadas ou inimigas.

A questão central ao se tratar da hegemonia é o nexo entre a capacidade de construção de uma visão de mundo e a realização da hegemonia, que ocorre no cotidiano antagônico das classes, decorre da capacidade de elaborar uma visão de mundo autônoma e da centralidade das classes de acordo com Dias (1996, p. 11):

Diferenciar-se e contrapor-se como visão de mundo às demais classes, afirmar-se como projeto para si e para a sociedade; ser direção das classes subalternas e dominadas na construção de uma nova forma civilizatória. Para tal, é fundamental ter a capacidade de estruturar o campo de lutas a partir do qual ela poderá determinar

³⁶ O conceito de bloco histórico é hoje considerado como um dos elementos mais importantes do pensamento gramsciano, podendo ser analisado sobre um triplo aspecto: a) o estudo das relações entre estrutura e superestrutura; b) o ponto de partida para a análise da maneira pela qual um sistema de valores culturais assimila, socializa e integra um sistema social; c) aponta como se desagrega a hegemonia da classe dirigente, se edifica um novo sistema hegemônico e se cria um novo bloco histórico. Este bloco representa uma base de consentimento para uma certa ordem social, na qual a hegemonia de uma classe dominante é criada e recriada numa teia de instituições, relações sociais e ideias.

suas frentes de intervenção e articular suas alianças. A hegemonia é a elaboração de uma nova civilização. É uma reforma intelectual e moral.

Ressalta-se também a partir da perspectiva do partido, no momento em que enfatiza excessivamente os mecanismos específicos da intervenção política, desconhecendo quase sempre as determinações mais complexas dessa intervenção mesmo ao nível da imediatez, Dias (1996, p.10) enfatiza que “essas maneiras de examinar esse conceito são restritivas e limitadoras da potencialidade de esforço teórico e prático”. A hegemonia é pensada instrumentalmente como sendo obtenção de um domínio ideológico, não se limita a uma eventual maioria nos processos políticos.

Como síntese dessa discussão, no atual momento de reestruturação capitalista e de contrarreforma do Estado, aparece em destaque uma sociedade civil que impulsionada pela ideologia social liberal, postula uma autonomia em relação ao Estado e que se movimenta com base em pressupostos que têm o propósito de desideologizar as práticas classistas e de ocultar as diferenças sociais em prol da legitimação das ações das forças dominantes.

Segundo Acanda (2006), a expansão sem precedentes da sociedade civil, nos últimos cento e cinquenta anos, foi efeito de dois processos contraditórios. Por um lado, o esforço contínuo de vários grupos sociais explorados e preteridos – para criar estruturas e redutos por meio dos quais pudessem suplantar os elementos que funcionam como obstáculos a seu processo de constituição como sujeitos políticos coletivos, com todos os aspectos de autonomia e poder de decisão que esse estatuto implica. Cada parte integrante dessa estrutura múltipla e difusa chamada sociedade civil – sindicatos, partidos, associações, fóruns, grupos feministas, grupos ecológicos etc. – e cada uma das faculdades que a constituem – a capacidade de se organizar, o direito de votar, a liberdade de dissentir – foram arrancadas da aristocracia do dinheiro em longas e sangrentas batalhas.

Por outro lado, a expansão da sociedade civil é resultado do interesse – em muitos casos bem sucedidos – dessa mesma aristocracia de desfigurar esses espaços de expressão para impedir a constituição de sujeitos políticos coletivos que ameacem seus privilégios e da capacidade dessa classe de se beneficiar dessas tentativas e de obstaculizar a expansão das subjetividades antagônicas àquela que

constitui sua razão de ser. A burguesia é um sujeito social excludente e egocêntrico, que só pode existir enquanto mantiver todos os demais grupos sociais no papel de simples sustentáculo de seu modo de apropriação – material e espiritual – da realidade. A sociedade civil faz parte do aparato de dominação, mas é também seu mais poderoso antagonista.

Gramsci anteviu uma característica nova nas sociedades contemporâneas, analisando na primeira metade do século XX o modo como cada vez mais as relações entre homens e a luta de classes passavam a se dar através de sua aglutinação em aparelhos privados de hegemonia ou portadores materiais da sociedade civil. Organismos sociais aos quais se adere voluntariamente e que por isso, são relativamente autônomos em face do Estado em sentido estrito (Coutinho, 1987, p. 66-67), que disputam diferentes visões de mundo, com diferentes propostas de Reforma Intelectual e Moral, visando consolidar uma vontade nacional-popular adequada a sua perspectiva (GRAMSCI, 2002a, p.38).

Gramsci percebeu que a hegemonia das classes subalternas passou a depender não mais da tomada de assalto ao aparelho de Estado, mas de conquistas progressivas de posição ou dos aparelhos privados de hegemonia, alterando a correlação de forças na sociedade civil (COUTINHO, 1996, p.69). Segundo Coutinho, a expressão sujeito político coletivo é apresentada como sinônimo de aparelho privado de hegemonia, ou seja, os organismos de participação voluntária, baseados no consenso e não na coerção. Os novos institutos democráticos, expressões da auto-organização popular, formam o que Gramsci chamou de organismos da sociedade civil: “são os partidos, os sindicatos, as associações profissionais, as associações patronais, as organizações culturais etc” (COUTINHO, 2006, p. 40).

Portanto, a sociedade civil é formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura etc.

Gramsci ao analisar a relação de forças políticas ou o grau de homogeneidade, autoconsciência e de organização alcançado pelos vários sujeitos políticos coletivos nas sociedades urbano-industriais capitalistas (GRAMSCI, 2002a,

p. 40), identificou diferentes momentos de consciência política coletiva, definidos como: 1) o momento econômico-corporativo, quando não se considera os interesses dos grupos sociais existentes; 2) o momento em que não há solidariedade de interesses entre os membros do grupo social, mas ainda no campo meramente econômico, e reivindica-se perante o Estado a igualdade político-jurídica com os grupos dominantes e; 3) o momento ético-político, quando as ideologias transformam-se em partido, ou seja, assumem uma unidade intelectual e moral. Este último corresponde ao momento da hegemonia de um grupo fundamental sobre vários grupos subordinados (COUTINHO, 1992, p. 23).

Nesse sentido, Correia (2005) afirma que a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de sujeitos políticos coletivos que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição como a de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, tais como: a saúde, a educação, a moradia, a preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia.

Portanto, podemos concluir que a sociedade civil é para Gramsci um momento do Estado ampliado, um espaço no qual têm lugar relações de poder, ainda que se trate de um espaço dotado de autonomia relativa em face da sociedade política, ou seja, do Estado em sentido estrito; a sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada pela base material. Portanto, a sociedade não é um terceiro setor, situado para além do Estado e do mercado. Para Gramsci, ao contrário, não só a sociedade civil é um momento do Estado, mas o que nela tem lugar não pode ser compreendido fora das relações sociais que se expressam no mercado.

3.4 OS SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS E OS SEUS INTELECTUAIS

Como já vimos anteriormente, os sujeitos políticos coletivos defendem projetos e orientam suas ações a partir da defesa de interesses que podem ser na perspectiva de manutenção ou de transformação de uma determinada hegemonia. Para tanto, contam com, os seus intelectuais que formulam e difundem ideologias, noções, conceitos, perspectivas e as fazem circular, através de universidades,

revistas, editoras, meios de comunicação de massa, sindicatos, partidos, igrejas e movimentos sociais.

Para tanto, vem sendo discutida por alguns autores a adesão dos intelectuais de prestígio na esquerda e também entre os liberais, a teses que tendem a fortalecer o projeto da terceira via. Esse processo de adesão e defesa do projeto da terceira via pelos intelectuais de esquerda vem sendo denominado de “nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2010), que tenderia a difundir ideias e práticas adequadas aos interesses privados do grande capital nacional e internacional.

Sendo assim, os intelectuais têm um papel preponderante no projeto e processo da RSB, tanto na perspectiva de defender o projeto da RSB formulado na década de 1980, expresso no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde ou de apresentar novas propostas, redefinir o projeto com vistas a fortalecer a perspectiva da terceira via.

Portanto, se faz necessário o entendimento do que são esses intelectuais e a sua importância para fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária tanto numa perspectiva quanto na outra.

Para Gramsci (2000a) os intelectuais, em vez de se constituírem em um grupo autônomo e independente, são uma criação das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política. É nessa perspectiva abrangente que o autor atribui aos intelectuais a organização da cultura. Gramsci enfatiza tanto a existência do grande intelectual, o produtor de concepções de mundo universais, mas há também um sem-número de ramificações e mediações, através das quais os pequenos e médios intelectuais fazem com que as grandes concepções do mundo cheguem ao que ele chama de “simples”, ou seja, ao povo. Não há para o pensador uma relação direta entre a grande filosofia, a grande cultura, e o que ele chama de “simples”. Trata-se de uma relação que se dá através da mediação de uma grande rede de pequenos e médios intelectuais.

Coutinho (2006, p. 115) chama atenção que “na batalha das ideias, na luta pela hegemonia, devemos não só estar atentos à produção dos grandes intelectuais, mas também temos que levar em conta o modo pelo qual os pequenos e médios

intelectuais estabelecem uma relação entre esta produção e o senso comum dos simples". A função dos intelectuais, enquanto criadores e propagadores de ideologias, é, sobretudo dialogar com os simples ou subalternos.

Gramsci (1999, p. 95-96) também ressalta que é mais importante difundir entre as massas uma ideia correta já conhecida pelos intelectuais do que um intelectual isolado criar uma ideia nova que se torne monopólio de um grupo restrito. Os intelectuais exercem nas formações sociais tarefas diferenciadas por graus, na criação e difusão de certa cultura. No mais alto grau, situam-se, os criadores de várias ciências, da filosofia e da arte, e no mais baixo, os modestos administradores e divulgadores da riqueza intelectual já existente, tradicional, acumulada.

Para Gramsci (2000a), cada grupo social fundamental, com papel decisivo na produção, engendra seus próprios intelectuais, ditos "orgânicos" a este mesmo grupo social. Assim, a classe burguesa, ao desenvolver-se no seio do antigo regime, traz consigo não apenas o capitalista, mas também uma série de figuras intelectuais mais ou menos distantes dele: o técnico da indústria, o administrador, o economista, o advogado, o organizador das mais distintas esferas do Estado. Tais intelectuais são os responsáveis pela nova forma do Estado e da sociedade, são os "funcionários da superestrutura", que terminam por moldar o mundo à imagem e semelhança da classe fundamental. A classe operária - que, na visão de Gramsci, era a classe que então comandaria a mudança social - teria seus próprios intelectuais de novo tipo, que, no entanto, não é correto identificar aos intelectuais dos partidos de esquerda ou aos seus militantes.

Tratar-se-ia, aqui também, de "funcionários" de uma nova e complexa superestrutura, que se pode supor como mais democrática e até racional, expurgada - como no caso do americanismo, estudado pioneiramente por Gramsci - de restos parasitários do passado, que pesam como uma camada de chumbo sobre a estrutura produtiva.

Os intelectuais de tipo orgânico, ao se desenvolverem, deparam-se com os de tipo "tradicional", herdados de formações histórico-sociais anteriores: clérigos, filósofos, juristas, escritores e outros. Estes intelectuais tradicionais têm um forte sentimento de continuidade através do tempo e vêem-se como independentes em

relação às classes sociais em luta. De um certo modo, estas tentam capturar para si estes intelectuais tradicionais no processo da luta pela hegemonia. No caso da classe operária, para Gramsci, a luta seria no sentido de afirmar um novo intelectual, não mais afastado do mundo produtivo ou encharcado de retórica abstrata, mas capaz de ser, simultaneamente, especialista e político. Em outras palavras, capaz de exercer uma função dirigente no novo bloco histórico.

A socialização do conhecimento, sobretudo do conhecimento ligado ao pensamento social, é uma tarefa fundamental para os intelectuais. Esses intelectuais continuam a ser tão importantes hoje na produção de hegemonia e de uma nova hegemonia quanto eram na época de Gramsci.

Nas sociedades ocidentais, os intelectuais profissionais formulam e disseminam capilarmente as ideologias e práticas das classes fundamentais. Diferentemente do senso comum, que destaca a dimensão de vanguarda dos intelectuais, Gramsci ressalta a importância político-ideológica da difusão de verdades já conhecidas, na criação e consolidação de hegemonias. Nesse aspecto, chama atenção que a relação entre os intelectuais e o mundo da produção não ocorre de forma imediata. Ela é mediatizada, em diversos graus, por todo o tecido social, pelo conjunto das superestruturas, do qual os intelectuais são os funcionários. Nesse aspecto (Neves, 2010, p. 28) afirma:

Nessa perspectiva, os intelectuais são majoritariamente os funcionários subalternos da classe dominante nos dois planos superestruturais: aparelhagem estatal e sociedade civil [...] os intelectuais orgânicos do proletariado, em geral menos numerosos e mais desorganizados, também se constituem em funcionários especializados das classes dominadas na construção e execução da pedagogia da contra-hegemonia [...] no capitalismo, os intelectuais são majoritariamente da classe burguesa, mas, em geral, em menor número, são também intelectuais orgânicos da classe trabalhadora.

No que diz respeito aos intelectuais brasileiros Neves (2010) ressalta que devido à herança colonial da formação social brasileira, à herança elitista dos seus intelectuais, ao caráter inconcluso de nosso processo de ocidentalização, há no país, uma forte tendência de importação, em diferentes linguagens, da produção simbólica das formações capitalistas centrais. Desse modo, os intelectuais tendem a reforçar em âmbito local, a hegemonia burguesa mundial.

No que diz respeito aos intelectuais lasi (2006, p. 535) ao se referir sobre a consciência da negação e a ideologia afirma:

As mudanças que se verificaram não se operam aleatoriamente, mas no sentido de recolocar a consciência que se emancipava de volta aos trilhos da ideologia. Não é, em absoluto, casual que certas palavras-chave vão substituindo, pouco a pouco, alguns dos termos centrais das formulações: ruptura revolucionária, por rupturas, depois por democratização radical, depois por democratização e finalmente chegamos ao “alargamento das esferas de consenso”; socialismo por socialismo democrático, depois por democracia sem socialismo; socialização dos meios de produção por controle social do mercado; classe trabalhadora, por trabalhadores, por povo, por cidadãos; e eis que palavras como revolução, socialismo, capitalismo, classes, vão dando lugar cada vez mais marcante para democracia, liberdade, igualdade, justiça, cidadania, desenvolvimento com distribuição de renda.

Esses aspectos são reforçados na contemporaneidade pela perspectiva da pós-modernidade, sendo esta uma ofensiva ideológica e cultural do capitalismo contemporâneo. Para a maior parte das concepções pós-modernas, a realidade é um todo fragmentado, marcado pela efemeridade e pela indeterminação, o que impossibilita explicar a totalidade, ou seja, o real não é possível de ser explicado e entendido em sua globalidade, podendo apenas as suas partes serem descritas de forma isolada e fragmentada.

3.5 OS INTELECTUAIS: ADESÃO À IDEOLOGIA DA PÓS-MODERNIDADE E À CONSTRUÇÃO DA VONTADE COLETIVA

O termo pós-moderno diz respeito às teses que sustentam a crise dos paradigmas nas ciências sociais e à necessidade de uma nova produção de conhecimento centrada na atenção às diferenças, ao efêmero, ao fragmentário. O principal alvo da crítica pós-moderna é ideia de que a realidade é um todo complexo e contraditório, mas passível de ser apreendido racionalmente, problematizado e transformado.

Montaño e Duriguetto, (2010, p 318) afirmam:

Essa concepção da vida social como um conjunto de fragmentos cujo conhecimento está a cargo dos discursos individuais tem, particularmente, duas implicações: no campo da teoria social, a realidade deixa de ser retratada como uma totalidade cheia de conexões. No campo da práxis política, essa forma de conhecer e conceber a realidade como um todo caótico impossibilita qualquer tentativa de engajamento em algum projeto universal de

emancipação. Nestes dois últimos campos, há fundamentalmente uma negação das bases teóricas clássicas do marxismo como teoria social e práxis política.

Os pós-modernos, negam a existência de estruturas e conexões estruturais, bem como a própria possibilidade de análise causal; não há um sistema social, com unidade sistêmica e leis dinâmicas próprias; há apenas muitos e diferentes tipos de poder, opressão, identidade e discurso. A negação do processo histórico e de causalidades inteligíveis torna inviável a ideia de escrever a história. O máximo que pode-se esperar em termos de ações políticas, na atualidade, é um bom número de resistências particulares e separadas. Os pós-modernos substituíram os sujeitos históricos por novos protagonistas da ação social, colocando a prática intelectual no centro do universo social e promovendo os intelectuais ou, mais precisamente os acadêmicos à vanguarda da ação histórica (WOOD, 1999, p. 15).

Neves (2010), reafirma algumas tendências do pensamento pós-moderno que está baseado na crítica ou recusa da racionalidade, do universal e da ideia de emancipação.

No que se refere à racionalidade na análise de Soares (2010, p. 23) essa categoria em sua complexidade ontológica e reflexiva,

configura-se em diferentes dimensões na realidade; dimensões estas que referem-se ao modo de ser, ao modo de pensar e ao modo de agir”. [...] A dimensão do modo de ser da racionalidade é a que expressa no movimento da história, ou seja, é a racionalidade da práxis histórica.[...] A outra dimensão da racionalidade está relacionada ao modo de pensar e conceber a realidade, ou ao movimento do pensamento na tentativa de apreender o movimento da realidade é a razão, construção humana, em seu potencial reflexivo.

Soares (2010) ressalta que os conteúdos e concepções da racionalidade fundamentam e legitimam determinadas ações e modos de intervenção sobre a realidade. Chama atenção que a depender de como se concebe teoricamente a realidade, os sujeitos sociais, grupos sociais, classes, o Estado, intervém ou fazem uso de ações estratégias e mecanismos, a partir de determinadas perspectivas.

No que diz respeito ao universal, Coelho apud Neves (2010, p. 102) assevera:

[...] é construído como rejeição às categorias que expressam sínteses estruturantes como totalidade, modo de produção, contexto,

classe social. Para o pós-modernismo, todas estas noções não são apenas inúteis, desprovidas de função diante da afirmação da diferença como novo paradigma, da prática do dissenso, da radicalização da singularidade e do evento não deduzível [...] de nenhuma estrutura ou sistema, da proliferação dos jogos de linguagens. Elas também deveriam ser evitadas pelo risco que portam: todo universal é totalitário.

Desse modo, há uma forte propensão a semiologizar o real, isto é, a reduzir a realidade e o conhecimento sobre ela a uma construção discursiva. O conhecimento e os critérios de verdade da realidade são produtos de gostos, valores e convicções pessoais. Uma das consequências desse entendimento para a compreensão da realidade é a dissolução dos nexos estruturais e das incidências de determinações entre as relações de produção, configuração das classes sociais e o Estado.

Quanto à rejeição da ideia de emancipação, Coelho apud Neves (2010, p. 102) aponta:

O sentimento pós-moderno é de que as utopias precisam ser rebaixadas ou eliminadas, porque progresso, ao invés de bem-estar, é responsável por novas e devastadoras tragédias. O futuro não será alcançado por explosão, mas por implosão. Em política, a emancipação é um conceito em decomposição, deve ser substituída por práticas libertadoras dentro das regras do jogo da democracia formal.

Para os pós-modernos as novas formas de opressão contra as quais os novos movimentos sociais lutam tais como: as questões de gênero, o racismo, guerras, são questões que não podem ser explicadas pelas relações de produção e que constituem formas de opressão que atingem não uma única classe e sim grupos sociais transclassistas.

Portanto, denunciar as novas formas de opressão e a luta contra elas implica criticar o marxismo e o movimento operário tradicional. As novas formas de opressão se revelam discursivamente nos processos sociais onde se inventa a identidade das vítimas. Ou seja, não existe uma pré-constituição estrutural dos grupos e movimentos de emancipação, o que faz, de acordo com essa perspectiva, que o movimento operário e a classe operária não tenham uma posição privilegiada nos processos sociais de emancipação.

As concepções da pós-modernidade em articulação com a ideologia social liberal vêm se constituindo como base para o projeto de hegemonia do capital e tem

contribuído para apassivar as lutas sociais, através da construção de consensos, o que levaria nas reflexões de Neves (2010) a “uma esquerda para o capital” e a uma “direita para o social”. Tais ideologias têm uma influência significativa no modo de pensar dos intelectuais na contemporaneidade e a forma como esses têm realizado e disseminado a leitura da realidade e orientado as práticas dos sujeitos políticos coletivos.

No que se refere à construção do conceito de vontade coletiva na perspectiva gramsciana, tem uma importância fundamental. O conceito da vontade coletiva tem um papel importante na construção da ordem social, como um momento decisivo que se articula dialeticamente com as determinações que provêm da realidade objetiva, em particular das relações sociais de produção. Para Gramsci as metas da vontade devem ser “concretas” e “racionais”, ou seja, devem ser teleologicamente projetadas a partir de e levando em conta as condições objetivas postas pela realidade histórica. Gramsci nos Cadernos do Cárcere, volume 3, ressalta:

O moderno príncipe deve ter uma parte dedicada ao jacobinismo (no significado integral que essa noção teve historicamente e deve ter conceitualmente), como exemplificação do modo pelo qual se formou concretamente e atuou uma vontade coletiva que, pelo menos em alguns aspectos, foi criação ex novo, original. E é preciso também definir a vontade coletiva e a vontade política em geral no sentido moderno. A vontade como consciência operosa da necessidade histórica, como protagonista de um drama histórico real e efetivo. (GRAMSCI, 2000b, p.17)

Para Gramsci apenas em alguns aspectos a vontade coletiva é “criação ex novo”, já que é também, e ao mesmo tempo, “consciência operosa da necessidade histórica”. Temos aqui a articulação entre teleologia e causalidade, entre os momentos subjetivos e objetivos da práxis humana, da qual a vontade é elemento ineliminável. A vontade coletiva que se torna protagonista de um drama histórico real e efetivo – ou seja, que se torna um momento ontologicamente constitutivo do ser social – é aquela caracterizada por essa dupla determinação, subjetiva e objetiva. Nesse momento, “Gramsci parece superar dialeticamente – no sentido de conservar, mas também de levar a um nível superior – as concepções de vontade geral tanto de Rousseau como de Hegel, marcadas, respectivamente, por uma unilateralidade subjetivista e objetivista. Essa superação passa, decerto, pela assimilação por Gramsci da herança de Marx.” (COUTINHO, 2011, p. 136).

Coutinho (2011) analisa que Gramsci propõe uma concepção da vontade identificada, em última instância, com a atividade política capaz de superar tanto o idealismo subjetivo quanto o materialismo mecanicista vulgar, os quais veem apenas, respectivamente, ou a determinação subjetiva ou aquela objetiva da vontade. O conceito de vontade coletiva está estreitamente ligado ao de reforma intelectual e moral, ou seja, à questão da hegemonia.

O processo de hegemonia se realiza tanto no plano do movimento quanto no plano das instituições. Isso implica na construção de uma racionalidade nova, distinta da anterior.

Na década de 1980, os sujeitos políticos coletivos defenderam propostas direcionadas predominantemente à: 1) RSB enquanto projeto civilizatório, que transcendia aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reforma mais profunda; 2) o direito à saúde significava a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; 3) a necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demandas políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las; 4) a criação do Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor; o novo Sistema Nacional de Saúde deveria reger-se pelos princípios: a) organização dos serviços – descentralização da gestão, integralidade das ações, unidade na condução das políticas setoriais, regionalização e hierarquização, participação da população; b) acesso e qualidade – universalização da cobertura e a equidade e; c) política de recursos humanos – remuneração condigna e isonomia salarial, capacitação, admissão através de concurso público, estabilidade no emprego e composição multiprofissional das equipes.

Na década de 1990, os sujeitos políticos coletivos redirecionam suas proposições com vistas à: 1) a RSB reduzida a Reforma Setorial; 2) ênfase na reforma administrativa, na participação social e no financiamento; 3) ênfase na questão institucional (processo de implantação do SUS); 3) as propostas concentravam-se nos critérios de repasse de recursos, nos atrasos e valores das

parcelas de pagamentos, no excesso de burocracia e na ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias.

No Século XXI se evidencia duas perspectivas expressas nas proposições referentes à RSB, sendo estas: 1) a RSB reduzida à Reforma Setorial com prioridades na pequena política e; 2) a RSB como processo de radicalização da democracia com prioridade na grande política. A primeira perspectiva tem ênfase no acesso, no cuidado e na qualidade; na RSB enquanto Reforma Solidária; no crescimento econômico combinado com o desenvolvimento social, na justiça social e na equidade e; na focalização da atenção. A segunda perspectiva ressalta a luta contra todas as formas de privatização na saúde e; a retomada dos princípios da RSB nos moldes da década de 1980.

Esse processo prescinde de uma reforma intelectual e moral que devem estar ligadas a um programa de reforma econômica que é, exatamente, o seu modo concreto de apresentar-se. Pensar a construção de uma nova forma social, uma nova sociabilidade, só é possível se pensam conjuntamente as formas específicas de sua realização.

No que se refere aos intelectuais na contemporaneidade e no que diz respeito ao projeto da RSB, identifica-se a disseminação junto aos sujeitos políticos coletivos de duas perspectivas antagônicas que orientam as suas práticas, sendo essas:

- 1) As ideologias da pós-modernidade e a social- liberal;
- 2) A radicalização da democracia e a construção do conceito e prática da Vontade Coletiva.

4 AS CONCEPÇÕES IDEOPOLÍTICAS DA REFORMA SANITÁRIA NA CONTEMPORANEIDADE

No século atual, o debate acerca da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), volta à agenda política a partir da eleição do presidente Lula. Nesse momento alguns sujeitos políticos coletivos apontam a necessidade de se rediscutir os encaminhamentos da RSB posta de lado praticamente durante toda a década de 1990.

Também se identificam mudanças no discurso dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, construído nos anos 80, principalmente a partir do governo Lula. Há uma inflexão de suas proposições pautadas nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro. Os sujeitos políticos coletivos do Movimento de Reforma Sanitária, que hoje integram o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da política social à política macroeconômica.

Esse debate é retomado através da criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, em 2005, tendo como protagonistas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). No entanto, temos identificado várias adversidades/contradições nesse processo, tanto no que se refere à formação do Fórum, que tem apresentado mudanças no direcionamento político das suas proposições quanto dos sujeitos políticos coletivos que participam.

No entanto, na contemporaneidade, como forma de resistência ao processo de privatização na saúde que tem avançado no Brasil e de defesa do projeto de RSB formulado na década de 1980, foram criados alguns Fóruns de Saúde na perspectiva de defender a saúde pública. Destacam-se os Fóruns do Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Norte, além de outros que estão sendo criados. Da articulação entre os fóruns foi criada a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, em 2010, composta por diversos sujeitos políticos coletivos que têm como objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito para todos e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 80.

A criação dos fóruns contra a privatização da saúde aparece como uma nova forma de mobilização e organização dos sujeitos políticos coletivos pela construção

de uma política de saúde como dever do Estado. Fica eminente a disputa de projetos na sociedade civil, sendo esta, ao tomarmos o referencial teórico gramsciano, esfera de contradições e de disputa pela hegemonia.

Tal conjuntura revela que na atualidade existem projetos de Reforma Sanitária em disputa. Sujeitos Políticos Coletivos que na Década de 1980 formularam propostas da RSB enquanto perspectiva de transformação social, projeto civilizatório e luta de caráter democrático e popular, na contemporaneidade apresentam propostas dentro de perspectivas que são inconciliáveis, com o enfoque no crescimento econômico com desenvolvimento social; no acesso, cuidado e qualidade; na justiça social; na Reforma Sanitária enquanto Reforma Solidária; na transformação por dentro do SUS e; no que se refere ao setor privado a proposta de garantir o que está em lei, ou seja, a participação do setor privado deve ocorrer de forma complementar e em prol do interesse público. Tais perspectivas não fortalecem o projeto de RSB enquanto projeto emancipatório, ou seja, civilizatório e de lutas popular democráticas, ao contrário tende a fortalecer de forma mascarada a tendência privatista.

A trama da sociedade civil é formada por múltiplas organizações sociais de caráter cultural, educativo e religioso, mas também político e, inclusive econômico. Por seu intermédio difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que dominam o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social. Nela se forma a vontade coletiva, se articula a estrutura material da cultura e se organiza o consentimento e a adesão das classes dominadas.

Desse modo, se revela claramente uma disputa pela retomada do projeto e processo da RSB na sociedade civil, com diferentes formulações de proposições e de disputas de interesses das políticas de saúde, através dos sujeitos políticos coletivos participantes do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira na perspectiva da construção do consenso e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na perspectiva da resistência.

4.1 FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA: CONSTRUÇÃO DO CONSENSO E APASSIVAMENTO DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Com o início do governo Lula, a partir de 2003, principalmente a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, o Centro Brasileiro

de Estudos de Saúde – CEBES, a Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES, a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde – AMPASA, mobilizam-se com o chamamento da necessidade de se colocar na agenda política a RSB.

Através da criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira possibilitou-se a realização de um conjunto de reuniões com sujeitos coletivos do Movimento Sanitário na passagem de 2005 para 2007, e foram produzidos documentos, entre os quais destacam-se:

- a) Carta de Brasília (2005);
- b) Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros (2005);
- c) O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade (2006.);
- d) Boletins da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) e;
- e) A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (2010).³⁷

O primeiro documento, a Carta de Brasília, foi aprovada durante a realização do 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, no período de 28 a 30 de junho de 2005, na Câmara dos Deputados Federais (com cerca de 800 participantes), que congregou a Frente Parlamentar da Saúde, a ABRASCO, o CEBES, a Abres, a Rede Unida e a AMPASA entre outras entidades e movimentos que representavam os trabalhadores em saúde, os usuários e prestadores de serviços do SUS. A Carta de Brasília foi intitulada: **SUS- o presente e o futuro: avaliação de seu processo de construção**. A Carta (2005, p. 01) reafirma “o processo da Reforma Sanitária Brasileira enquanto projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalecentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação, e a solidariedade como valor estruturante. O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades”. Também, faz a defesa da seguridade social como política de proteção social universal, equânime, democrática e participativa.

³⁷ Foram três boletins. O primeiro correspondeu ao primeiro eixo da conferência e a chamada tratou sobre Mudanças na saúde exigem alteração no modelo de desenvolvimento e superação das desigualdades. O segundo correspondeu ao segundo eixo e enfocou a Reforma Sanitária é uma Reforma Solidária. O terceiro tratou do terceiro eixo da conferência que abordou O Controle Social é uma Questão Estratégica. A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no período de 14 a 18 de novembro de 2007 (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2007).

Dentre os pontos relevantes defendidos pelos sujeitos políticos coletivos no 8º Simpósio destacam-se (CARTA, 2005, p.2-3):

1. Definição de uma política nacional de desenvolvimento socioeconômico que garanta uma redistribuição de renda de cunho social, que recupere os níveis de emprego, com a revisão da política monetária, no sentido de promover decréscimos das taxas de juros e superávit fiscal, e redirecionamento do financiamento público para as políticas sociais públicas;
2. Reafirmação da Seguridade Social definida na Constituição Federal de 1988;
3. Defesa, intransigente, dos princípios e diretrizes do SUS – a universalidade, a equidade, a integralidade, a participação social e a descentralização;
4. Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social e, regulamentação com urgência da Emenda Constitucional 29, que estabelece critérios para financiamento das ações e serviços de saúde;
5. Avançar na substituição progressiva do sistema de pagamento de serviços por um sistema de orçamento global integrado, alocando recursos com base nas necessidades de saúde da população estabelecidas nos planos de saúde nacional, estaduais e municipais, com metas que garantam o aumento de cobertura e melhoria da qualidade de atenção à saúde, com a participação do controle social;
6. Revisão da lógica de subsídios e isenções fiscais para operadores e prestadores privados de planos e seguros privados de saúde, redirecionando esses recursos para o sistema público de saúde;
7. Avançar no debate dos projetos de lei que tratam da responsabilidade sanitária no sentido de se retomar o cerne da discussão para a garantia do direito à saúde e a garantia dos direitos dos usuários;
8. Reafirmação da descentralização, mantida a responsabilidade dos três níveis de governo, garantindo auditoria ampla e permanente como instrumento de

- fiscalização e acompanhamento do cumprimento das metas, alocação de recursos e combate à corrupção;
9. Avançar no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, especialmente em três dimensões: a) remuneração, vínculos e incentivos; b) organização dos processos de trabalho; c) formação profissional e educação permanente;
 10. Estabelecimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS de maneira descentralizada, sem a incidência dos atuais limites de gastos da Lei de responsabilidade fiscal sobre a contratação de pessoal para serviços e ações públicas de saúde, com a eliminação de vínculos precários, hoje existentes, pela realização de concursos públicos;
 11. Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde “contrária à terceirização da gerência de ações e serviços, a exemplo da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos;
 12. Garantir a democratização do SUS, com o fortalecimento do controle social e a regulamentação, em lei, de elementos contidos na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333, de 4 de novembro de 2003, que define diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde;
 13. Definição de uma política industrial, tecnológica e de inovação em saúde articulada às demais iniciativas governamentais da política industrial do país, como elemento estruturante do SUS. Garantir assistência farmacêutica integral;
 14. Desenvolvimento de ações articuladas entre os poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) para a construção de soluções relativas aos impasses na implementação do SUS;
 15. Recriação do Conselho Nacional de Seguridade. Propõe-se a mobilização da sociedade para a realização de uma Conferência Nacional de Seguridade Social que retome o debate nacional acerca da política de proteção social

definida na Carta Constitucional de 1988 e que freie os interesses contrários ao Sistema Único de Saúde.

De acordo com Paim (2008) o documento identificava mudanças positivas na implementação do SUS, no entanto, ressaltavam-se os baixos níveis de saúde e as desigualdades sociais e regionais. E, tal como postulava a Reforma Sanitária na Década de 1980, defendeu-se o desenho de políticas públicas comprometidas com a vida das pessoas e da coletividade, com destaque para a Seguridade Social. Apontava-se, também a necessidade de uma política de desenvolvimento socioeconômico, a regulamentação da EC-29 e a revisão de subsídios e isenções fiscais para a saúde suplementar, o documento considerava a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório e considerava premente a intensificação da realização da Reforma Sanitária Brasileira,

o Movimento da Reforma Sanitária alinha-se propositivamente às mobilizações sociais e políticas, pela imediata ruptura com os rumos vigentes e pelo início já da reconstrução da política, rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos sociais e redistribuição de renda. (FÓRUM, 2005, p. 03).

A tese de que o SUS deve ser uma política de Estado e não de governos específicos passou a ter maior difusão. A Carta de Brasília foi assinada pela ABRASCO, o CEBES, a Ampasa, a Abres e a Rede Unida.

No dia 23 de novembro de 2005, a ABRASCO, o CEBES, a Abres, a Rede Unida e a Ampasa, lançam um manifesto do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, com o título **Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros** (o manifesto referenda a Carta de Brasília), em ato público realizado na Câmara dos Deputados, com vistas à defesa da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e à ampliação de recursos no orçamento da saúde em 2006.

O documento reafirma a necessidade da realização da Reforma Sanitária Brasileira e enfatiza que o 'Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos seus 30 anos de atuação, é movimento típico de um processo civilizatório maior que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social, e cujo objeto de mudanças, no bojo dos valores sociais, são as políticas públicas de Estado' (Manifesto do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2005, p. 04).

O Manifesto reafirma a legitimidade dos rumos constitucionais da construção do SUS, mas constatou desvios na sua implementação e também apontou para a necessidade de avanços nas mobilizações e decisões políticas para a sua correção. Ressalta as desigualdades sociais e regionais, os juros elevados, o crescente superávit primário, e a financeirização dos orçamentos públicos, indicadores estes que incidem na situação de piora das condições de vida da sociedade e da nação nos últimos quinze anos. Enfatiza a contrarreforma do Estado dos anos 90, cujo modelo econômico interveio sobre a política de saúde.

Com o lançamento do Manifesto, é feita uma convocatória em defesa da saúde e qualidade de vida dos brasileiros. As entidades subscritoras comprometem-se a constituir o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que, em face à gravidade do quadro relativo ao subfinanciamento do SUS e devido à urgência de respostas efetivas compromete-se à:

- a) Divulgação e produção permanente de documentos de natureza técnica e sociopolítico-institucional, com vistas a fomentar e apoiar a mobilização da sociedade e as necessárias mudanças institucionais;
- b) Sistematização da articulação permanente entre as entidades e instituições da sociedade, dos governos, do legislativo, da magistratura, do Ministério Público e da universidade, em cada Unidade Federada;
- c) Participação nos eventos de abrangência nacional e regional, no âmbito das políticas públicas, da seguridade social e da saúde;
- d) Associação aos demais movimentos da sociedade brasileira por uma urgente Reforma Política que amplie o seu controle sobre o Estado;
- e) Participação ativa na comissão aprovada no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ao lado das representações da Frente Parlamentar da Saúde e Comissões do Congresso Nacional (Assuntos Sociais do Senado e Seguridade Social e Família da Câmara de Deputados).

O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005, p 4) reafirma o Movimento Sanitário e a sua importância para a construção de um processo civilizatório:

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos seus 30 anos de atuação, é movimento típico de um processo civilizatório maior, que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça

social, e cujo objeto de mudanças, no bojo dos valores sociais, são as políticas públicas de Estado. O Movimento da Reforma Sanitária alinha-se propositivamente às mobilizações sociais e políticas, pela imediata ruptura com os rumos vigentes e pelo início já da reconstrução da política econômica, rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos sociais e redistribuição de renda.

Nesse momento, por um lado, existe uma aproximação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira com a ideologia neodesenvolvimentista ao enfatizar a necessidade da construção de desenvolvimento sustentável com políticas públicas voltadas às necessidades e direitos básicos da população e ressalta-se a importância da busca da prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social, esses conceitos põem um limite no projeto civilizatório, uma vez que, estão imbuídos valores que reforçam a racionalidade vigente. Por outro é ressaltada a necessidade de mobilizações sociais e políticas para a reconstrução da política econômica, rumo à construção das políticas públicas universalistas e igualitárias.

O terceiro documento **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade** divulgado em 2006, foi assinado pela ABRASCO, CEBES, Abres, Rede Unida e Ampasa. Teve como objetivo contribuir nos debates das eleições de 2006, além de buscar compromissos com candidatos a presidente, governadores, senadores e deputados no que tange às teses e proposições da Reforma Sanitária e do SUS. Para tanto, analisou os resultados da política neoliberal implantada desde a década de 1990, “com consequências irreversíveis e/ou altamente deletérias para a sociedade, face à efetuada transferência de responsabilidades governamentais e do patrimônio público para mãos privadas, ao desmantelamento da inteligência e das carreiras do Estado, às restrições orçamentárias para as políticas sociais universais” (FÓRUM, 2006 p.1).

Defendia a radicalização do processo de desenvolvimento nacional centrado nos seguintes propósitos: crescimento autônomo e soberano, geração de emprego, distribuição de renda e garantia dos direitos da cidadania. Apresentava como um dos tópicos de discussão “A Reforma Sanitária e o SUS”, retomando teses centrais da Carta de Brasília e incluiu outras que ressaltam ainda mais a solidariedade como valor estruturante e a justiça social.

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende

produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento dessa proposta com as contingências que se apresentaram nessa trajetória. Em outras palavras, expressa a correlação de forças existentes em uma conjuntura particular (FÓRUM, 2006, p. 02).

Elementos do pós-modernismo influenciam tal análise, uma vez que, é dada ênfase às consequências da perda da coesão social, expressa em milhares de mortes e internações, mas também sofrimento mental, na insegurança e no desalento, que sejam evitáveis onde predominasse uma cultura de paz e a justiça social. Ressalta que a lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar “mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto dos seus direitos”.

Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados. A ênfase não é dada à grande política e sim à pequena política, na qual, os aspectos relacionados aos cuidados, à humanização e à justiça social tomam certa relevância.

Outro aspecto abordado é a necessidade de definição de prioridades e metas como um componente imprescindível para o planejamento efetivo e a responsabilização por seu cumprimento. Para aprofundar o modelo de gestão do SUS, tanto para os serviços de administração direta quanto para os contratados, é necessário estabelecer a corresponsabilização por meio de contratos de gestão. Tal propositura abre um flanco para os novos modelos de gestão. Apesar do documento não indicar um modelo específico, mas deixa em aberto.

Por outro lado o documento também enfatiza “o debate necessário sobre a Reforma Sanitária e o SUS”. Aborda a questão dos obstáculos enfrentados pelo SUS que marcaram sua configuração como Sistema Nacional de Saúde, entre os mais graves destacam-se: a não implementação do preceito constitucional de Seguridade Social com seus respectivos mecanismos de financiamento e gestão; o drástico subfinanciamento desde a sua criação; a profunda precarização das

relações, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; o desenvolvimento intensivo do marketing de valores de mercado em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde. Ressalta-se que apesar dos referidos e reconhecidos avanços na produção, produtividade e inclusão, muito pouco se avançou na efetivação da integralidade e só recentemente retornou-se a questão da regionalização.

Aponta-se que “não será possível seguir expandindo a cobertura sem alterar os modelos de atenção e de gestão em saúde. Evidencia-se que os conselhos de saúde e a sociedade civil não têm conseguido participar com efetividade e assim influir na formulação de políticas e estratégias do SUS” (FÓRUM, 2006, p. 03).

Dentre as estratégias programáticas apresentadas pelo Fórum, destacam-se: romper o insulamento do setor saúde; estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; intensificar a participação e o controle social; aumentar a cobertura, a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde; formar e valorizar os trabalhadores da saúde; aprofundar o modelo de gestão; aumentar a transparência e controle dos gastos; ampliar a capacidade de regulação do Estado e; superar o subfinanciamento.

No final do documento o Fórum da Reforma Sanitária (2006, p.08) afirma que as propostas nele contidas “foram fruto de uma ampla discussão entre várias entidades, e seu delineamento nasceu da experiência acumulada pelo movimento da Reforma Sanitária em todas as suas frentes de trabalho: nas organizações e entidades de profissionais e usuários, nas universidades, no Executivo, no Legislativo, no Judiciário etc”.

O princípio da solidariedade implica numa concepção do direito à saúde, através da colaboração interclasses. Tal perspectiva repolitiza o modo de pensar dos sujeitos políticos coletivos, no sentido, de direcionar a RSB enquanto projeto civilizatório. Esse projeto, chega na contemporaneidade com sua amplitude reduzida, se por um lado na década de 1980 se defendia a radicalização da democracia, por outro, no século XXI, passa-se a defender a colaboração e o consenso entre as classes na perspectiva de garantir direitos.

A análise do documento deixa clara uma maior aproximação do Fórum da Reforma Sanitária com a ideologia neodesenvolvimentista. A qual combina crescimento econômico com desenvolvimento social e enfatiza a solidariedade, a equidade e a justiça social, expresso no programa da terceira via. Tal perspectiva tem a função segundo Neves (2010, p.25),

Uma das principais características do Bloco Histórico que se forma a partir da nova pedagogia da hegemonia, envolvendo a formulação de novas teorias, a formação de novos intelectuais orgânicos e a difusão pedagógica dos novos consensos, é o realinhamento ideológico de teóricos e de forças políticas nas relações sociais e de poder.

O quarto documento, ou seja, os boletins que foram divulgados durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007), tratam a Reforma Sanitária como uma Reforma Solidária que deve priorizar a qualidade do cuidado e da atenção ao cidadão e cidadã usuários do SUS; combater de forma intransigente todas as formas de desigualdade e injustiça; elevar a mobilização social no sentido de exigir do Estado Brasileiro mais do que “responsabilidade fiscal” e sim “responsabilidade social” para cumprir o seu dever com a saúde, a qualidade de vida e a democracia.

As entidades que assinaram em nome do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira consideram que o momento é crucial para a democratização da saúde, confiando na sua capacidade de revitalizar “o Movimento da Reforma Sanitária e agregar valores, princípios e interesses em torno desse projeto civilizatório comum, indispensável ao estabelecimento da verdadeira cidadania.” (FÓRUM, 2007, p. 01).

O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2007, p. 01) também ressalta,

Acreditamos que é hora de superar o discurso ufanista em defesa do SUS, e reconhecer que ele só poderá melhorar, ganhando apoio da população, quando as antigas e novas lideranças do Movimento Sanitário, na sociedade e no governo, se solidarizem com os cidadãos e cidadãs, com necessidades e demandas no cotidiano de suas vidas, e iniciarem um processo de transformação consequente, orientado pelos princípios de se colocar um fim a todas as formas de desigualdade e priorizar a qualidade do cuidado e da atenção ao cidadão e à cidadã usuários do Sistema Único de Saúde.

O Fórum da Reforma Sanitária (2007) reafirma o caráter civilizatório, porém com proposituras diferentes do Movimento da Reforma Sanitária na década de 80, ou seja, na contemporaneidade defende:

Para seu êxito, são imprescindíveis a elevação da consciência sanitária da população e dos trabalhadores da saúde, a conquista da cidadania plena, a ampliação da mobilização da sociedade civil, a articulação dos movimentos sociais, a democratização do Estado e a “despartidarização” e profissionalização da gestão da saúde [...] ao afirmarmos o caráter civilizatório da Reforma Sanitária Brasileira, entendemos que, por meio desse processo de transformação e do Estado brasileiro, seremos capazes de alcançar um patamar civilizatório no qual as relações sociais e as políticas sejam regidas pelo primado da justiça social [...] fortalecer a Reforma Sanitária na conjuntura atual é superar a dissociação entre Estado e sociedade, governo e setores organizados, entre políticas públicas e aspirações populares. Apostar numa Reforma Sanitária solidária é uma opção estratégica capaz de articular diversas proposições, assegurando organicidade ao nosso projeto de sociedade mais justa (FÓRUM, 2007, p.02).

Essas perspectivas apontam para um redirecionamento dos princípios da Reforma Sanitária formulada na década de 1980, a partir principalmente das décadas de 1990 e 2000. Com impactos da contrarreforma do Estado, iniciada no governo neoliberal de Collor e que tiveram continuidade nos governos posteriores em diferentes conjunturas e com composição diferenciada na formação do bloco histórico. No Século XXI, os valores que passam a prevalecer são o enfoque na responsabilidade social, na solidariedade, na equidade e na justiça social, que são embasamentos do neodesenvolvimentismo.

Ao fazermos a análise de conjuntura é significativo o fato do Ministério da Saúde sofrer várias mudanças no seu comando durante o governo Lula, com a saída do Ministro Humberto Costa que pertencia ao Partido dos Trabalhadores (PT) e também de quadros do Movimento Sanitário. A partir desse momento, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) passou a comandar a pasta até o final dos dois mandatos do governo Lula. Assumiram seu comando Saraiva Felipe (08/07/2005 a 31/03/2006), Agenor Álvares (31/03/2006 a 16/03/2007) e José Gomes Temporão (16/03/2007 a 31/12/2010). A partir do momento que o Ministro Temporão assume o Ministério da Saúde, há uma mudança no discurso dos sujeitos políticos coletivos do “Fórum da Reforma Sanitária” que passam a contribuir com a

gestão do Ministro que era um quadro do Movimento Sanitário desde a década de 1980 (pertenceu à administração do antigo INAMPS).

No período de 24 a 26 de agosto de 2010, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, com o tema “Caminhos e Descaminhos da Política de Saúde Brasileira”. Teve três eixos temáticos que nortearam as contribuições e debates, sendo estes: a saúde no contexto das políticas de proteção social e do desenvolvimento; sistemas de saúde, modelos assistenciais e gestão pública relação público/privado; e Saúde Coletiva – os desafios acadêmicos e políticas atuais da área de Política, Planejamento e Gestão. No final do congresso, foi aprovada a Carta de Salvador que apresentava “Uma Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil”.

O documento ressalta que nos 22 anos de SUS, “foram muitos os avanços nas políticas de saúde. Esses avanços não escondem as dificuldades que ameaçam a própria manutenção das conquistas. Ninguém desconhece que, nas condições atuais, há limitações importantes à efetivação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde” (CARTA, 2010). Aponta os problemas de gestão e organização do sistema dos estabelecimentos de saúde, devidos, em parte, ao arcabouço legal-institucional da administração pública que, com sua estrutura burocrática, “ocupa-se mais do controle dos processos administrativos do que do alcance de resultados na promoção e na recuperação da saúde”. Neste aspecto, seguem “abertos os debates e as experiências sobre organizações sociais ou fundações estatais, com relatos contraditórios acerca da sua efetividade, qualidade do uso de recursos e da garantia do interesse público” (CARTA, 2010).

Ressalta também que o modelo de atenção à saúde do SUS continua dominado pelas práticas individualistas, biologicistas, curativistas e hospitalocêntricas. Mesmo com a ampliação da cobertura da atenção primária, de fato, o princípio da integralidade é quase completamente relegado à letra fria da lei ou ao discurso acadêmico. O documento enfatiza como último aspecto a relativa desmobilização da sociedade civil brasileira, em particular, dos seus setores populares, que refletem-se nas possibilidades de avanços do SUS. “Ao contrário, questões corporativas têm dominado a pauta de discussões.”

Destacamos que a Carta de Salvador (2010) deixa em aberto as questões relacionadas aos novos modelos de gestão, ou seja, não se posiciona acerca das Fundações Estatais de Direito Privado, defendidas pelo Ministro José Gomes Temporão e também analisa a necessidade de ampliar a representação e representatividade do controle social, através dos conselhos de saúde.

O documento “Uma Agenda Estratégica para a Saúde do Brasil” foi entregue pelo presidente da ABRASCO Luiz Facchini no dia 01 de dezembro de 2010 à presidente eleita Dilma Rousseff. O documento foi fruto da elaboração dos sujeitos políticos coletivos do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, assinado pela ABRASCO, CEBES, Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Rede Unida e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Chama atenção, que a partir desse documento e as inflexões que passam a ser defendidas, há mudanças nas assinaturas dos sujeitos políticos coletivos a Abres e a Ampasa, não mais assinam.

Em novembro de 2010, a ABRASCO deu continuidade aos debates acerca da Agenda Estratégica com os sujeitos políticos coletivos que integram o Movimento da Reforma Sanitária realizado na Fiocruz Brasília. Foram discutidas propostas do Movimento de Reforma Sanitária para o SUS e a Saúde Coletiva e teve como base a Carta de Salvador.

No primeiro trimestre de 2011, o Fórum da Reforma Sanitária se reuniu duas vezes, cuja pauta tratou sobre a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil. Identifica-se que a pauta do movimento reduz-se ao funcionamento e organização do SUS. Representantes do Ministério da Saúde, OPAS e da Universidade de Brasília passam a participar das reuniões (ABRASCO, 2011).

4.1.1 A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil

A agenda estratégica define os eixos prioritários de intervenção e as estratégias de ação, de forma a balizar os programas, objetivos e metas da política de saúde. Aponta as dificuldades para o funcionamento e a organização do SUS, ou seja, suas proposições estão dentro da institucionalidade existente. Não se utiliza a

expressão Reforma Sanitária em nenhum momento do documento. Vários dos problemas identificados estão relacionados com a governança, organização e funcionamento do setor saúde. O SUS deve ser definido pelo foco nos resultados em todos os níveis e todos os processos. São apontadas 05 diretrizes, sendo essas:

- a) Saúde, meio ambiente, crescimento econômico e desenvolvimento social;
- b) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;
- c) Investimentos – superar a insuficiência e a ineficiência;
- d) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde e;
- e) complexo econômico e industrial da saúde.

Na primeira diretriz **saúde, meio ambiente, crescimento econômico e desenvolvimento social** (Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, 2011, p.02) suas principais propostas são: 1) adoção de políticas de desenvolvimento pautadas pelo direito ao pleno emprego e condições dignas de vida e trabalho; 2) adequação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) à melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira; 3) desenvolvimento de ações sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), por meio da articulação do setor da saúde com outros setores (emprego e renda, educação, meio ambiente etc) e do apoio à pesquisa sobre DSS; 4) criação da Câmara de Ações Intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida no âmbito da Casa Civil da Presidência, para integrar e potencializar as ações dos diversos ministérios, em 2011; 5) implantação de ações de saúde na escola na perspectiva de territorialidade da atenção primária em saúde e da ação intersetorial entre os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social, em 2012.

Nas propostas acima defendidas, identifica-se a articulação entre saúde, meio ambiente, assim como o crescimento econômico com o desenvolvimento social. Essa é a ideologia defendida pelo neodesenvolvimentismo, que perpassa o governo Lula e tem continuidade no governo Dilma. Enfatiza a promoção da saúde, enquanto determinante social. As propostas não rompem com a racionalidade vigente.

Duas ideias centrais embasam a ideologia neodesenvolvimentista; 1) enfrentamento ao neoliberalismo se faz com crescimento econômico mediado pela intervenção do Estado e; 2) o crescimento econômico leva inexoravelmente ao

desenvolvimento social. Portanto, o início da era Lula é palco de conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias, ou seja, as diretrizes do receituário liberal e; a pauta desenvolvimentista.

Na segunda diretriz **garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade** (Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, 2011, p.03), apontam para: 1) articulação entre o Programa Bolsa-Família e a Estratégia de Saúde da Família, considerando parâmetros de elegibilidade por motivos de agravos e doenças e necessidades de garantir, em curto prazo, acesso para ações de promoção e cuidados à saúde das famílias de menor renda; 2) ampliação, com padronização da qualidade, da oferta de atenção primária.

Até 2012, os municípios brasileiros com indicadores de saúde abaixo das médias estaduais e nacionais contarão com 100% de cobertura de unidades de saúde da família. Até 2014, 75% da população brasileira estarão incluídos em uma unidade de atenção primária com serviços médicos, odontológicos e de enfermagem, que obedecerão aos critérios mínimos de qualidade; 3) implantação de núcleos de apoio à atenção primária, na proporção de um núcleo para dez equipes de atenção primária, como nível secundário de atenção à saúde, oferecendo serviços médicos (clínica médica, pediatria e ginecologia), odontológicos, psicológicos e de assistência social, além de serviços de apoio diagnóstico – terapêutico; 4) implantação de 500 Unidades de Pronto-Atendimento até 2014, para atendimento de urgências e média gravidade, articuladas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que deverá cobrir 100% da população brasileira até 2014; 5) implantação do cartão saúde em todo o território nacional, com a funcionalidade de identificação dos usuários, prontuários clínicos e agendamento eletrônico de marcação de consultas, exames e cuidados preventivos, bem como instituição de limites máximos nacionais de tempo de espera para atendimentos eletivos até 2013; 6) convocação ativa, por meio de cartas, visitas das equipes de saúde da família etc. e agendamento prévio de gestantes e outros segmentos populacionais que necessitem ações de prevenção para a realização dos procedimentos recomendados, iniciando em 2012; 7) realização sistemática de pesquisas com representatividade regional de satisfação da população com a presteza e a qualidade do atendimento, iniciando no final de 2011; 8) agendamento prévio de gestantes e pacientes diagnosticados com doenças e agravos crônicos

que requeiram tratamento prolongado e verificação da qualidade e intensidade do cumprimento dos protocolos por meio de estudos de demanda atendida e investigações com os usuários, iniciando no final de 2011; 9) monitoramento do acesso e qualidade do atendimento hospitalar à parturiente e garantia de acesso do acompanhante às salas de parto em 2011; Cumprimento das coberturas pelos planos de saúde previstas na 9.656/98 para fins de registro e comercialização.

Dentre os principais aspectos destacados, aponta-se para a importância da articulação entre o Programa Bolsa-Família e a Estratégia Saúde da Família, mas não fica claro como realizar esta articulação, o que implica a determinação de metas sem referir-se aos indicadores da realidade. A agenda apresenta ações e metas a serem executadas pelo executivo, tanto que se identificam várias ações que estão sendo implementadas pelo Ministério da Saúde entre as quais se destacam: a implantação do Cartão SUS; a atenção às gestantes e a realização de pesquisas de satisfação dos usuários.

Chama atenção o reconhecimento na Agenda Estratégica da necessidade de cumprimento das coberturas pelos planos de saúde. Cabe questionar, se essa demanda visa a fortalecer um sistema público universal ou tenderia a incentivar um sistema focalizado.

Na terceira diretriz **investimentos – superar a insuficiência e a ineficiência** (AGENDA, 2011, p.04), destaca as seguintes propostas: 1) propor medidas para viabilizar a ampliação dos gastos públicos com saúde, que deverão alcançar os seguintes patamares: em 2013, os gastos públicos atingirão 5,5% do PIB e os gastos privados 3,5%. Em 2012, os gastos públicos per capita com saúde aumentarão para R\$ 800,00, e em 2013 para R\$ 1.000,00. Até 2014, 10% do PIB serão investidos na saúde, sendo ao menos 75% de recursos públicos; 2) buscar a aprovação no Congresso Nacional de Lei que regulamente a Emenda Constitucional 29, o fim da incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU) sobre o orçamento da saúde; 3) rever a concessão dos subsídios públicos por meio do estabelecimento de limites progressivos para a dedução no imposto de renda de pessoa física e imposto de renda de pessoa jurídica de despesas com planos de saúde a partir de 2012 e dos gastos diretos públicos com planos privados de saúde; 4) efetivação imediata do pleno ressarcimento ao SUS pelas empresas de planos e

seguros de saúde incluindo medicamentos e procedimentos ambulatoriais e de urgência/emergência; 5) regulamentação do Artigo 35 da Lei 8.080/90 garantindo o rateio federativo dos recursos nacionais; 6) prestação de contas completa trimestral ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme a Lei 8.689/93 (quantidade, qualidade, econômico-financeira, convênios, auditorias).

A agenda enfatiza a necessidade de novos investimentos na saúde, mas sem realmente focar no que deve ser gasto. Não se enfatiza que o aumento de recursos para a saúde deve ser na perspectiva de fortalecer o público, como está preconizado no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p.12) “o principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”. No entanto, na Lei 8.080/90 garante no Art. 4. Parágrafo 2º “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar”. A defesa do aumento do PIB para a saúde é posta hoje na atualidade, mas existe a preocupação para que possa ser efetivamente com gastos públicos e com ressalvas às PPPs. Algumas propostas são importantes como o fim da DRU sobre o orçamento da saúde, a concessão de subsídios públicos para a dedução do imposto de renda e ressarcimento ao SUS pelas empresas de planos e seguros de saúde incluindo medicamentos e procedimentos ambulatoriais e de urgência/emergência.

Os sujeitos políticos coletivos que compõem o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira integram o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública Saúde + 10³⁸ que tem como objetivo reunir 1,5 milhões de assinaturas em prol de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que vai assegurar o repasse efetivo e integral de 10%

³⁸ No dia 13 de março na sede do Conselho Federal de Psicologia, foi articulado o Movimento Nacional em defesa da Saúde Pública Rio + 10 com a participação de diversas entidades e instituições da saúde. Foi criada uma coordenação nacional inicial composta pelas representações da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, Associação Médica Brasileira – AMB, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, Fórum Sindical dos Trabalhadores – FST, Força Sindical, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde – CNTS, Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR, Pastoral da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – CNS e Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMSBH.

das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira, na perspectiva de alterar a Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012.³⁹

Ao integrar o referido movimento, embora não faça parte da coordenação os sujeitos políticos coletivos do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira avaliam que nos primeiros anos da instalação da democracia, depois da sombria ditadura militar, o movimento sanitário apostou na possibilidade de elevar a saúde à condição de direito social universal e garantido pelo Estado, nos moldes conquistados e inscritos na Constituição Federal. No entanto, consideram que a mercantilização da saúde vem se instalando insidiosamente no país por meio da hegemonia política dos grupos de empresários do ramo. “O cenário e os conflitos de interesses nesse campo estão mais complexos e o lugar da saúde, cada dia mais reservado ao mercado, tem consolidado o SUS como um sistema prestador de um serviço de baixa qualidade, destinado ao atendimento da população que não pode pagar por planos que garanta atenção médico-hospitalar” (CEBES, 2012, p. 01).

No entanto, o movimento sanitário sofreu uma derrota com o que foi aprovado da regulamentação Emenda Constitucional 29 (EC 29) no Senado, em 7 de dezembro de 2011. O projeto que se encontrava no Senado – PLS/127/2007 e não foi aprovado na versão original – tinha o compromisso de garantir mais recursos para a saúde, baseando a aplicação da União em 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta (RCB) - sem inclusão das receitas de capital e das decorrentes de operação de crédito. Tal projeto, se aprovado, acrescentaria para o orçamento federal de 2011 do Ministério da Saúde o correspondente a R\$ 32,5 bilhões. Não resta dúvida que essa seria a medida mais próxima de garantir um caminho para a resolução do financiamento da saúde universal.

O projeto foi rejeitado e se permanece com insuficientes recursos para esse o ano de 2012, apenas com os R\$ 71 bilhões, definidos na Lei Orçamentária Anual do

³⁹ Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

MS para esse ano, o que significa 1,8% do PIB. Tal comprometimento com o PIB não é diferente desde 1995. A saúde universal fica como antes, sem novos recursos (MENDES, 2011).

Diante de tais fragilidades, a insuficiência dos recursos financeiros destinados à saúde, acaba por traduzir o baixo compromisso dos governos frente ao cumprimento dos preceitos constitucionais de garantia do direito universal e integral à saúde. Retomar os ideais de defesa da saúde como interesse público se coloca, então, como a única forma de modificar tal cenário.

Tais questões merecem reflexão, uma vez que, está em discussão o investimento dos recursos públicos, mas não se tem garantia de ser direcionado para o fortalecimento do setor público. Uma vez que, o número de instituições da saúde pública que são hoje geridas por Organizações Sociais ou Fundações Estatais de Direito Privado são muito significativos. As UPAS quase em sua totalidade são geridas por Organizações Sociais.

A quarta diretriz **institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde** (AGENDA, 2011, p.05-06), enfatiza as seguintes propostas: 1) fortalecimento da capacidade técnico-operacional do Ministério da Saúde por meio da realização de concurso público e plano de cargos e carreiras específico em 2012; 2) equacionamento da crítica situação em relação à carência geral de recursos humanos da rede própria do SUS; 3) realização de audiências públicas regulares para ampliar os canais de diálogo sobre políticas e normas legais referentes à saúde junto ao Legislativo e ao Poder Judiciário; 3) inclusão de entidades da área da saúde no Conselho de Desenvolvimento Social; 4) redução do número de cargos de confiança àqueles estritamente relacionados com a condução estratégica da política de saúde dos governos eleitos, reservando o preenchimento daqueles referentes aos níveis operacionais para servidores de carreira; 5) restrição da transferência de recursos públicos seja sob a forma de prestação de serviços, medicamentos e equipamentos para centros de assistência mantidos por parlamentares, integrantes de partidos políticos e organizações não governamentais desde 2011; 6) fortalecimento do controle social, ampliando a representação, a representatividade, a capacidade de aglutinação de interesses e a formulação de uma agenda pautada pelas necessidades de saúde desde 2011; 7) formatação de alternativas de gestão

que preservem a universalidade da rede pública (uso exclusivo para o SUS), a integração funcional às redes locais, garantia de observância do modelo de atenção integral e contínua, do recrutamento de pessoal mediante concurso público e dos direitos trabalhistas desde 2011; 8) articulação das políticas de saúde com as de educação e ciência e tecnologia para suprir as necessidades estruturais dos profissionais de saúde no SUS; 9) valorização dos vínculos exclusivos de profissionais de saúde com o SUS por meio da criação da carreira de Estado; 10) aprimoramento dos processos licitatórios para contratação de serviços ou compra de bens, mediante a introdução de alterações na legislação referente à administração pública da saúde que garantam autonomia administrativa, orçamentária e financeira para os serviços desde 2011; 11) enfrentamento do debate sobre os problemas do hiato entre as horas contratadas e as horas trabalhadas na rede assistencial do SUS desde 2011; 12) exigência de comprovação de não conflito de interesses para a ocupação de cargos de direção das agências reguladoras e demais órgãos públicos do sistema de saúde desde 2011.

As propostas acima defendidas podem ser aglutinadas em três questões fundamentais discutidas ao longo do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, sendo essas: a) recursos para o SUS; b) aprimoramento da gestão e; c) controle social. Além desses, destaca-se também a inclusão de entidades da área da saúde no Conselho de Desenvolvimento Social.

No que se refere aos recursos humanos há por um lado avanço no que se refere à necessidade de realização de concurso público e plano de cargos e carreiras do SUS, a valorização dos vínculos exclusivos de profissionais de saúde com o SUS em consonância com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986, p. 11-12) que explicita “admissão através do concurso público, compromissos dos servidores com os usuários e cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva. Por outro lado, a proposta deixa em aberto a formatação de alternativas de gestão que preservem a universalidade da rede pública e abre caminho para a entrada de novos modelos de gestão e consequentemente a precarização, a flexibilização e a rotatividade da força de trabalho. Essa condução está explícita no Documento: **Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade da gestão pública e gestão de recursos** (BANCO, 2007, p. 60) que enfatiza “ a legislação

que governa os recursos humanos no setor público e privado está desatualizada e precisa ser reformada.

Os gerentes têm pouca autonomia para resolvê-los, “devido à ausência de autoridade sobre a gestão de pessoal”. O referido documento enfoca a autonomia dos gerentes para contratar e demitir pessoal, enfatiza a necessidade de autonomia gerencial ao nível local. Aponta como solução para corrigir essa situação as experiências de “vários estados que vêm criando instituições auto gerenciadas, como fundações de apoio e organizações sociais, para gerenciar parte ou todos os serviços hospitalares (BANCO, 2007, p. 61).

No que se refere à inclusão de entidades da área da saúde no Conselho de Desenvolvimento Social⁴⁰, o CDES afirma a busca de consensos em relação a temas que sejam de interesse do Estado, e não de um governo específico, permite que o conselho seja um instrumento de discussão das questões de natureza estratégica para o país,

As disputas político-partidárias ou ideológicas possam, dentro do possível, ser desconsideradas. Esse espaço, na forma em que foi concebido, tem o objetivo de vocalizar e articular posicionamentos voltados para o interesse público. A premissa básica é de que os interesses estratégicos da nação brasileira são comuns a todos os cidadãos, apesar de suas diferenças ideológicas, e precisam de um espaço para o debate acerca das maneiras mais adequadas de atingi-los (FUNDAÇÃO, 2006, p. 10).

O CDES tem sido espaço de discussão da agenda neodesenvolvimentista do governo brasileiro a partir do primeiro mandato do presidente Lula e teve continuidade no governo Dilma, a perspectiva da atuação do CDES é apresentada pela FGV:

Em se tratando da natureza de suas ações, o CDES é, portanto, um mecanismo de entendimento nacional, pois gera um resultado informacional para o planejador (Poder Executivo) sobre possíveis temas que podem nortear o planejamento estratégico nacional. Ou

⁴⁰ O Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) foi oficializado pela medida provisória de nº 103, de 1º de janeiro de 2003, constituindo-se como órgão de assessoramento do Presidente da República integrado por representantes de diversos setores da sociedade civil, que a partir dele pode aferir tendências, desafios e oportunidades para obtenção de informações relevantes sobre os desafios do país. O principal objetivo desse órgão é buscar a formação de consensos a respeito de temas relevantes no país e servir como órgão de consulta do Presidente da República.

seja, ele funciona como um catalisador de informações e as articula para o tomador de decisão. Dessa maneira, esse insumo funciona como um instrumento da ampliação da capacidade estratégica do gestor público, no caso o Presidente da República, que poderá ou não incorporá-las na pauta de discussões com os demais poderes (FUNDAÇÃO, 2006, p. 11).

Esse espaço passa a se constituir uma repolitização da construção de políticas, uma vez que através da negação da ideologia de um espaço de formulação de políticas públicas, é influenciado pelos paradigmas pós-modernos de interpretação da realidade. A ênfase também na construção de consenso reafirma tal perspectiva, uma vez que, tal espaço a nível nacional tem a sua importância e ao tratar de formulação de políticas trata-se da consecução, defesa e disputa de interesses entre o público e o privado.

Um aspecto interessante apresentado na quarta diretriz é o que diz respeito à restrição da transferência de recursos públicos para centros de assistência mantidos por parlamentares, integrantes de partidos políticos e organizações não governamentais. Essa proposta é fundamental num país como o Brasil que tem forte viés de práticas fisiológicas e clientelistas. Com a decisão do governo federal de liberar recursos às comunidades terapêuticas, instituições privadas, para tratamento das drogas, através de convênio a tendência é essa prática se fortalecer. A pressão através de um mecanismo que limite a liberação de recursos para parlamentares é importante, uma vez, que muitos deles estão vinculados na atualidade às comunidades terapêuticas, assim como as OSCIPs e OSs.

No que se refere ao fortalecimento do controle social e à chamada para a aglutinação de interesses, há reflexões a serem feitas, uma vez que, os conselhos de saúde são espaços de luta, ou seja, espaço de defesa de interesses contraditórios, de projetos muitas vezes opostos. Essa proposta na quarta diretriz tende a uma conciliação de interesses e formação de consensos nesses espaços, o que despolitiza o processo de formulação de políticas. Essa última tendência do controle social tem respaldo em Habermas e nos neohabermanianos, a qual não leva em consideração a correlação de forças, a proposta tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político para viabilizar os conselhos a partir de seus interesses.

No que se refere, à formatação de alternativas de gestão que preservem a universalidade da rede pública; orientação dos processos de coordenação federativa, pelo cumprimento de metas de elevação da qualidade e; o aprimoramento licitatório, mediante a alteração na legislação referente à administração pública. Sem o devido esclarecimento, deixa aberto o caminho para a implantação dos novos modelos de gestão e tem respaldo nos relatórios do Banco Mundial (2007) que se refere à Governança no Sistema Único de Saúde no Brasil e no Relatório da Fundação Getúlio Vargas (2006), que trata sobre o desenvolvimento, intitulado “Temas para o Desenvolvimento com Equidade”, elaborado a pedido do governo federal. Os mesmos enfocam que a

Sobrevivência das organizações contemporâneas depende cada vez mais da sua capacidade e autonomia gerencial, normativa e operacional, para definir suas regras e operar seus sistemas na construção de um modelo de gestão, melhora dos processos administrativos; por novas formas de arquitetura organizacional; visão estratégica de marketing com foco no cliente-usuário e; melhora nos processos de governança. (FUNDAÇÃO, 2006, p. 50-52).

O Banco Mundial e, no caso brasileiro, a Fundação Getúlio Vargas são na análise de Neves (2010, p. 25) “os intelectuais da nova pedagogia da hegemonia”. Estes podem ser pessoas e organizações cuja atribuição específica é a formulação, adaptação e disseminação, em diferentes linguagens das ideias que fundamentam a nova concepção de mundo e práticas ideopolíticas da burguesia mundial. Para Gramsci, os intelectuais têm a função social de organização da cultura que pode fortalecer uma determinada hegemonia, a depender da correlação de forças no bloco histórico. Desse modo,

em vez de constituir 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. É nessa perspectiva abrangente que o autor atribui aos intelectuais a função social de organização da cultura. (GRAMSCI, 2000, p. 27).

Pode-se afirmar que os intelectuais são agentes da consolidação de uma concepção de mundo e de uma vontade coletiva de um bloco histórico. Os intelectuais da nova pedagogia da hegemonia são também os responsáveis pela organização de atividades que visam sedimentar em todo o tecido social um novo senso comum em torno de um novo padrão de sociabilidade para o século XXI. São,

portanto, os funcionários subalternos da classe mundialmente dominante e dirigente que atuam na formulação, adaptação e difusão de teorias e das práticas que fundamentam o neodesenvolvimentismo.

A quinta diretriz **complexo econômico e industrial da saúde** aponta as seguintes proposições: 1) aproximação dos programas de investimento do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), Fundação Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) e Ministério do Desenvolvimento e Indústria e Comércio (MDIC) nas indústrias setoriais das prioridades da política nacional de saúde, buscando superar vulnerabilidade externas do SUS e contribuir para a sua sustentabilidade econômica; 2) utilização do poder de compra do SUS para o fomento industrial do setor saúde, através de identificação de produtos estratégicos para o país; 3) ampliação do investimento nos laboratórios públicos para produção de medicamentos, vacinas e reagentes laboratoriais; 4) fortalecimento da política de medicamentos genéricos; 5) apoio à produção nacional de insumos estratégicos e indução das atividades de pesquisa e desenvolvimento pelas multinacionais; 6) investimento em pesquisa e desenvolvimento de tecnologias que promovam o bem-estar e a autonomia dos usuários, minimizem os riscos de iatrogenia e sejam economicamente suportáveis pelo país e pela sociedade; 7) aprimoramento das normas para a regulação do ciclo de inovação e incorporação de tecnologias em 2012 e; 8) regulação de preços e aprimoramento das normas das ferramentas de controle para a aquisição de equipamentos e insumos em 2012.

No documento que expressa a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (Brasil, 2008), o complexo produtivo da saúde é formado por três grandes componentes: as indústrias químicas, farmacêuticas e de biotecnologia; as indústrias mecânicas, eletrônicas e de materiais; e as organizações de prestação de serviços. As limitações nacionais no âmbito da indústria farmacêutica decorrem de uma série de aspectos. Primeiro, do desequilíbrio entre as competências para atividades de P&D na cadeia produtiva farmacêutica, na medida em que há competência nacional equivalente àquela dos países desenvolvidos, nas áreas de Farmacologia, Farmacodinâmica e Pesquisa Básica, e competências pouco expressivas nas áreas de Farmacologia Clínica, Farmacocinética, Química e Tecnologia Farmacêuticas. Segundo, da orientação difusa dos investimentos com

pouca ou nenhuma seletividade. Terceiro, da incipiente gestão da propriedade intelectual e desarticulação entre o SUS e o sistema de inovações além da falta de uma política clara e de mecanismos adequados de indução na transferência do conhecimento científico para o setor produtivo. As indústrias farmacêuticas que produzem fitoterápicos encontram especial dificuldade em P&D pela falta de recursos humanos capacitados a estudar a eficácia e segurança das plantas medicinais brasileiras, assim como elaborar metodologias apropriadas para analisar a qualidade desses produtos.

O setor de produção de vacinas requer base científica e tecnológica intensa, tem alto custo fixo de produção, ciclo produtivo longo, concentração de produtores, ampliação constante do leque de produtos, exigências regulatórias fortes e o setor público como principal comprador. No Brasil, o mercado de vacinas é um dos maiores do mundo e os produtores nacionais são todos públicos, já se produzindo no País parcela considerável das vacinas necessárias.

No período de 25 a 28 de julho de 2004 foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. As principais estratégias formuladas para a Política Nacional de Ciência e Tecnologia (PNCTIS) são: a) sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde; b) criação do sistema nacional de inovação em saúde; c) construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde; d) criação de mecanismos para superação das desigualdades regionais; e) aprimoramento da capacidade regulatória do Estado e criação de rede nacional de avaliação tecnológica; f) difusão dos avanços científicos e tecnológicos; g) formação, capacitação e absorção de recursos humanos no sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, incentivando a produção científica e tecnológica em todas as regiões do País, considerando as características e as questões culturais regionais; h) participação e fortalecimento do controle social (BRASIL, 2004, p.21).

Essa discussão ainda é incipiente para o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, apesar de já ter havido duas conferências nacionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Ao analisarmos o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, essas proposições não estão especificamente explícitas, a discussão se

insere através de outros temas. Há necessidade de haver um maior debate e aprofundamento sobre a formulação de propostas para essa diretriz.

Para o entendimento das inflexões das propostas referentes ao projeto de RSB, necessário se faz entender a trajetória dos principais sujeitos políticos coletivos protagonistas do projeto e processo da RSB que integram o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, sendo esses: o CEBES e a ABRASCO.

4.1.2 O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

Na segunda metade da década de 1970 foi um momento que ocorreu a ofensiva dos movimentos sociais, ainda sob o regime de ditadura brasileira. Essa ofensiva envolveu a classe trabalhadora, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais para se contrapor ao regime instaurado e reivindicar por melhorias das políticas públicas.

Na saúde esses movimentos também se expressaram através da reivindicação melhorias no setor e a necessidade de romper com o modelo médico-hospitalar implementado pela ditadura. O CEBES foi criado em julho de 1976, articulado durante realização da 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB (Brasília). Surgiu na perspectiva de discutir a questão da democratização e da saúde. Inicialmente, foi constituído por grupos da área de saúde pública provenientes dos estados de São Paulo. Posteriormente, foram formados núcleos além de São Paulo, no Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife e Salvador.

Em novembro de 1976, o CEBES lançou a revista Saúde em Debate⁴¹, com o objetivo de ampliar e levar adiante as discussões e a análise do setor saúde como componente do processo histórico-social, no sentido de reafirmar a relação entre saúde e Estado/sociedade. O nascimento do CEBES foi importante para o surgimento do movimento sanitário enquanto movimento social organizado. Para Escorel,

⁴¹ O Cebes aparece inicialmente como a forma de permitir que a revista seja lançada. Para fazer e divulgar uma revista que pudesse ser o veículo de todo esse pensamento crítico na área da saúde, era necessário ter uma instituição que a viabilizasse. A ideia de lançar uma revista foi logo ampliada para a criação de um Centro de Estudos que promovesse um amplo debate, envolvesse vários setores e constituísse um núcleo de opinião capaz de influenciar os profissionais de saúde. (Escorel, 1998).

O CEBES materializou e difundiu o pensamento médico-social, como afirma o primeiro editorial ao apontar a saúde como componente do processo histórico-social. Congregou, corporificou e divulgou o pensamento sanitarista, que já tinha sido permeado pelas ciências sociais marxistas. Apesar de ter atuado em um cenário inicialmente limitado, conseguiu expandir-se e crescer como força organizada da sociedade civil, pelo fato de aglutinar um conjunto de estudantes e profissionais da saúde cada vez mais descontentes com os rumos da assistência à saúde no país. Dessa forma, foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado (SCOREL, 1998, p. 76).

O CEBES passou a se constituir um dos sujeitos políticos coletivos da Reforma Sanitária Brasileira e passa a difundir uma nova cultura, com os princípios da “democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada.” A Reforma Sanitária persistiu durante algum tempo como palavra de ordem, mas foi abandonada e só foi retomada em 1985/1986. A unificação do sistema de saúde continuou a orientar o movimento. A democratização passou a ser o princípio. Nos três primeiros anos de existência, o CEBES representou com essa proposta, a sua adesão aos demais movimentos sociais, tais como o movimento contra a carestia e a luta pela anistia. Saúde e Democracia passam a ser o grande lema do CEBES por um longo período (SCOREL, 1998, p. 79).

Desse modo, o CEBES, enquanto sujeito político coletivo do movimento da Reforma Sanitária Brasileira ao difundir uma nova cultura, ou modo de pensar, na perspectiva gramsciana implica que,

criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas originais; significa também e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, socializá-las por assim dizer, e portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato filosófico bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de um gênio filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1999, p. 95-96).

Enquanto sujeito político coletivo o CEBES editou a Revista Saúde em Debate, publicou livros, promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira

para o Progresso da Ciência e propiciou um conjunto de debates sobre saúde. A partir dessas ações identifica-se a configuração de um conjunto de elementos que posteriormente vão constituir o que se denominou Reforma Sanitária, inspirada nas Ciências Sociais fundamentadas na perspectiva teórica marxista. Nesse período, o CEBES tinha a participação preponderante do Partido Comunista Brasileiro⁴², mas aberto a outras correntes de esquerda. Paim (2008) aponta alguns elementos presentes nos editoriais da Revista Saúde em Debate que explicita,

logo no número 2 da Revista Saúde em Debate aparecia no seu editorial o princípio de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros. Assumindo a necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva [...], desejando uma mudança real das condições de saúde (PAIM, 2008, p.80).

Paim (2008) indica que a expressão Reforma Sanitária foi mencionada três vezes no editorial do número seguinte da revista, quando vinculava tal ideia às tarefas do CEBES:

Trata-se de desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (PAIM, 2008, p. 80).

Em outubro de 1979, o CEBES participou do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Segundo Escorel (1997), esse simpósio marcou uma nova fase na qual o CEBES passou a vincular-se mais à política de saúde e a ocupar de forma permanente o espaço parlamentar. A realização do simpósio tornou evidente a existência de um movimento articulado, com um projeto definido e passou a ocupar um espaço cada vez maior na arena setorial em defesa do seu projeto.

O CEBES apresentou no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, o documento A Questão Democrática da Saúde propondo, pela primeira vez, a criação do SUS. A importância histórica desse texto, entre outros aspectos, reside no fato

⁴² O Cebes em 1978 lançou o livro Medicina e Política, do médico e professor Italiano Giovanni Berlinguer – Deputado do Partido Comunista Italiano (PCI). Para o movimento sanitário essa aproximação foi muito importante, uma vez que Berlinguer trazia à tona a discussão entre saúde e democracia. Além da discussão sobre a experiência da Reforma Sanitária Italiana.

de, pela primeira vez, propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse documento representou um marco na construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Paim (2008) indica que com base nas propostas acima referidas,

o movimento sanitário foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com a conquista das entidades pela Renovação Médica (REME), com a mobilização nacional pelas Diretas Já e culminando com a elaboração do programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava a fundação de uma Nova república [...] o CEBES tem sido reconhecido como o primeiro protagonista institucionalizado do movimento sanitário brasileiro (PAIM, 2008, p. 82).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, desde sua criação em 1976, tem como eixo principal de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses mais de 30 anos de atuação, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, assegurou seu espaço como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, seja em nível dos movimentos sociais, das instituições do país e do parlamento brasileiro.

Após o período de redemocratização e de implementação das principais bandeiras do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporadas na Constituição de 1988 e regulamentada através das Leis 8.080/90 e 8.142/90, o CEBES passa a priorizar durante a década de 1990 o processo de implementação do SUS. O termo Reforma Sanitária é citado no nº 48 de setembro de 1995 da Revista Saúde em Debate com o Tema “Lutando pela Reforma Sanitária”.

No ano de 2007, o CEBES vivenciou o movimento pela sua refundação, que teve início em 2006 durante atividades do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no ano que completou três décadas de sua existência.

Essa refundação ocorreu a partir da necessidade de repensar o lugar do CEBES na conjuntura atual, uma vez que foram levantados questionamentos sobre as possibilidades e perspectivas da sua continuidade. O questionamento que surgiu foi sobre a necessidade e possibilidades de manutenção da instituição CEBES. Para tanto, foram realizadas as seguintes reflexões:

O CEBES tem suas origens no movimento social de luta contra a ditadura e pela democracia, e seu lugar sempre foi o de pensar esta construção social a partir da democratização da saúde. Não sendo uma ONG nem um movimento social típico, o CEBES se identificou sempre com um lugar na sociedade civil de onde se possa pensar criticamente a saúde e a sociedade brasileira e, desde esta análise de conjuntura, construir estratégias políticas transformadoras, difundi-las e buscar agrupar forças sociais capazes de impulsionar este processo de transformação. Para tanto, conta com poucos recursos, não sendo um partido ou um grupo acadêmico de produção do conhecimento, mas considera fundamental usar os conhecimentos e saberes para demarcar este lugar de um pensamento de esquerda, que tencione o espectro político mais tradicional e cobre mudanças institucionais e societárias. Por não ser um grupo de origem corporativa o discurso do CEBES deve cobrar a universalidade, reivindicando um projeto coletivo de Reforma Sanitária que transcenda interesses, que, embora justos são particularistas, exigindo a transformação da democracia atual em uma democracia substantiva (CEBES, 2005, p. 397).

O CEBES analisou que o seu grande desafio era de manter-se como uma organização autônoma, desvinculada do Estado, ao mesmo tempo em que buscava inserir suas bandeiras na arena política, conquistando aliados dentro e fora do Estado. Portanto defendia “nossa capacidade de inserção de nossas estratégias na arena pública não depende de nossa adesão ao governo, mas de nossa capacidade de fortalecer alianças na sociedade civil que garantam sustentabilidade às propostas que defendemos” (CEBES, 2005, p. 398). O CEBES apresentou como estratégia ganhar o apoio da população para a defesa do sistema de saúde e se possível que ele funcionasse de “forma humanizada e sem discriminações”, com ações que fossem eficazes e efetivas no acesso à utilização dos serviços. Desse modo, a defesa cotidiana e permanente, de um SUS de qualidade passa a ser um dos elementos estratégico. A bandeira do CEBES passa a ser enfrentar: 1) a desigualdade no acesso; 2) a drenagem de recursos públicos para o setor privado e; 3) melhorar a qualidade do atendimento e de colocar o usuário cidadão como o centro do SUS.

Frente a esse processo o CEBES em 2006 conclamou os sócios a elegerem uma nova diretoria, com a missão de “refundar a instituição e o Movimento Sanitário Brasileiro”. Para tanto procurava responder à pergunta sobre a necessidade e possibilidades de manutenção da instituição CEBES. Após análise chegou-se à conclusão que o “CEBES é hoje imprescindível para fazer avançar a Reforma Sanitária. Por isso, estamos propondo a sua refundação, entendida como o encontro

com suas características originais de espaço de discussão da política de saúde”⁴³ (CEBES, 2007).

Uma das principais ações da diretoria eleita para o período de 2006-2009⁴⁴ foi o Projeto Memória que teve como objetivo principal apreender a memória e história do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) no contexto do processo da Reforma Sanitária Brasileira.

A diretoria eleita para a gestão 2009-2011 apresenta a **Plataforma Política da Gestão “Viva o CEBES”**, na qual estão explícitas as seguintes prioridades (CEBES, 2007, p. 01):

1. Dar continuidade às iniciativas de atualização da agenda da Reforma Sanitária Brasileira que foram encetadas durante a Gestão 2006-2009.
2. Definir e defender amplamente os posicionamentos da entidade especialmente em referência a cinco temas fundamentais: a seguridade social e seu financiamento, o direito à saúde, a determinação social da saúde, o sistema universal e igualitário de saúde e a democracia participativa neste campo e no conjunto da sociedade.
3. Cumprir com a programação de seminários e oficinas temáticas que constam do plano de trabalho atual da entidade, reelaborando de imediato um novo cronograma, com atribuição de responsabilidades.
4. Participar ativamente dos debates, das iniciativas e das proposições do Conselho Nacional de Saúde (CNS) através de representação específica junto a essa entidade, com ampla divulgação no site.
5. Participar ativamente dos debates e formulações sobre políticas de saúde e políticas sociais que deverão marcar o período da disputa eleitoral do ano 2010, mantendo a indispensável orientação suprapartidária.

⁴³ Neste evento, a diretoria nacional, por meio do documento intitulado O Cebes Vive: viva o Cebes. Ressaltou a relevância de se repensar o lugar, a viabilidade e o perfil da instituição na conjuntura atual. Ocorre que as mudanças geradas no processo de implementação do SUS nos anos 90 foram responsáveis por grandes alterações do aparato institucional estatal na área de Saúde, assim como pela emergência de um novo tecido da sociedade civil (CEBES, 2006).

⁴⁴ Em assembleia com 140 participantes, que integrou as atividades do 8º Congresso, a cientista política Sonia Fleury assumiu a presidência do Cebes e a tarefa de devolver à associação seu status de espaço produtor de conhecimento dedicado às Políticas de Saúde (CEBES, 2006, P. 01)

6. Estreitar as relações com a Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) e estabelecer um plano de cooperação com vistas à realização conjunta de seminários, cursos e outros tipos de atividades.
7. Apoiar e manter atualizado o plano de edição da Revista Saúde em Debate e de livros da entidade, bem como promover o desenvolvimento permanente dos sites www.cebes.org.br e www.saudeemdebate.org.br.
8. Buscar ampliar os recursos disponíveis e garantir outras fontes de financiamento para a realização dessas e de outras atividades da entidade ao longo do período 2009-2011.

Além disso, aprova o seu estatuto social que em seu Art. 3 - define que o objetivo do CEBES é “organizar e fomentar debates, estudos, pesquisas na área da saúde e lutar pela melhoria das condições de vida e de saúde do povo brasileiro”⁴⁵ (CEBES, 2009, p. 01).

A diretoria eleita para o triênio 2006-2009 priorizou a politização do CEBES no sentido do mesmo retornar a ser um dos protagonistas do projeto e processo da agenda da Reforma Sanitária Brasileira. Na plataforma política da diretoria eleita para 2009-2011, se identifica uma preocupação com a institucionalização e difundir

⁴⁵ No artigo 3, do Estatuto Social, aprovado em 29 de agosto de 2009, o Cebes, explicita para fins de consecução de seus objetivos que se faz necessário: a) buscar assegurar a sustentabilidade político-econômica do Cebes; b) desenvolver e implementar a linha política e as estratégias de ação do Cebes; c) divulgar junto aos associados e ao público em geral, os posicionamentos, as atividades de representação, de participação de eventos e de iniciativas desenvolvida pelo Cebes; d) promover e incentivar o estudo de todos os fatores determinantes da saúde; e) cooperar para o conhecimento, discussão e resolução dos problemas concernentes ao ensino das ciências da saúde; f) cooperar para o conhecimento, discussão e resolução dos problemas concernentes aos profissionais e estudantes que atuam na área da saúde; g) promover e estimular o desenvolvimento de ações visando ao aprimoramento da formação universitária e não universitária; h) promover e estimular o desenvolvimento de ações visando ao aprimoramento de grupos profissionais e/ou interessados; i) promover e estimular o desenvolvimento de ações visando a conscientização da comunidade em relação aos problemas de saúde; j) elaborar estudos teóricos sobre saúde, visando sua posterior aplicação; k) estimular o entrosamento entre entidades profissionais, voluntárias ou grupos da comunidade que trabalham ou venham a trabalhar em programas ou pesquisas em saúde; l) trabalhar em prol de uma legislação que atenda as necessidades de saúde do povo brasileiro; m) cooperar com instituições de pesquisas, ensino e prestação de serviços existentes ou que venham a existir, em assuntos relacionados com seus objetivos no país e no exterior; n) criar ou associar-se à publicações para divulgação, promoção e propaganda dos trabalhos do CEBES e de temas relacionados com seus objetivos; o) realizar contratos e convênios com editoras, centros de estudos e pesquisas ou entidades de direito público ou privado, nacionais ou estrangeiras que se ocupem da problemática de saúde; p) constituir grupos de trabalhos para estudos de temas de interesse da entidade que contribuam para a definição sua posição com respeito à problemática de saúde e; q) patrocinar atividades (cursos, simpósios, seminários, reuniões e outros) relacionadas à saúde pública propostos por entidades associadas e parceiras ou associados individuais (CEBES, 2009, p. 01-02).

as concepções do CEBES, vinculadas a alguns temas, tais como: seguridade social, o financiamento, o direito à saúde, a determinação social da saúde, a universalidade e a democracia participativa e mantém na sua plataforma política a continuidade das iniciativas da agenda da Reforma Sanitária da gestão anterior.

O CEBES, não apresenta a plataforma política para o triênio 2011-2013, ou seja, dá continuidade as propostas da gestão anterior. Quando se analisa o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas pela atual gestão, o projeto de institucionalização e formação contínua com incentivos à abertura de novos núcleos do CEBES, realização de cursos de atualização das políticas de saúde descentralizados e a participação no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira.

No século XXI, o CEBES lançou 32 edições da Revista Saúde em Debate 40 documentos do CEBES para publicação e o lançamento de 04 livros que tratam sobre: a Gestão Pública e relação público privado na saúde (2011); Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária (2010); Participação, Democracia e Saúde (2009) e; Seguridade Social, Cidadania e Saúde (2009).

As referidas publicações da diretoria do período 2006-2009 foram com as temáticas: Gastos em saúde no Brasil; O SUS pra valer reduzido; Plataforma do CEBES; CEBES 30 anos; Carta ao Presidente Lula; Desafios e perspectivas da Política social; Carta à Frente Parlamentar da Saúde, Carta aberta ao Ministro Temporão; 1º Documento de Estratégia do CEBES; Posição sobre as Fundações Estatais; Enunciado estratégico ao CDES, CEBES na 13ª Conferência Nacional de Saúde; Participação e Controle Social no setor saúde; Manifesto em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob a ameaça na Reforma Tributária; Democratizar o Poder Local; Carta do Rio de Janeiro: Seminário de Seguridade Social e; 20 anos do SUS: celebrar o conquistado; repudiar o inaceitável.

O momento da refundação do CEBES foi muito rico, no sentido de retomar as discussões da política de saúde em âmbito nacional. Esse processo ocorreu no segundo mandato do governo Lula e no momento em que o Ministro José Gomes Temporão, que era um quadro do movimento sanitário assumiu o Ministério da Saúde. Por outro lado estavam na pauta do Ministério da Saúde, algumas políticas consideradas regressivas, pelo Conselho Nacional de Saúde, tais como as

Fundações Estatais de Direito Privado e que entrou na agenda de discussão do CEBES, sem tomar uma posição política clara face a proposta apresentada.

A diretoria que tomou posse para o período 2009-2011 privilegia o debate sobre o desenvolvimento, os documentos divulgados nesse período tratam sobre: Desenvolvimento, Economia e Saúde; Relação Público e Privado; Financiamento; a Saúde e a Política; Participação e Controle Social; A Desconstrução do SUS; Política pública da saúde; qual rumo?; Autonomia Gerencial e; A Saúde Pública no novo governo.

Em consonância com a agenda governamental o CEBES prioriza o tema do desenvolvimento. Introduce discussões que estão vinculadas aos novos modelos de gestão que perpassam o debate da autonomia gerencial. Um aspecto importante a destacar é que o CEBES se posiciona contra o modelo das organizações sociais, mas não se contrapõe às fundações estatais de direito privado, sob o argumento que “a fundação pública estatal, administrada sob o direito privado não é um ente privado, mas sim um ente público” (CARVALHO, 2007).

A diretoria que assume para o período de 2011-2013, até o momento de realização da pesquisa tem priorizado o debate explícito em seus documentos sobre os determinantes sociais da saúde; Renovar a Política, preservando o interesse público na saúde; Avaliação dos 35 anos de luta pela Reforma Sanitária e; a Rio + 20.

No que se refere aos temas priorizados e que foram frutos de análise, através da Revista Saúde em Debate publicados no século XXI, se destacam: A 12ª Conferência Nacional de Saúde; a Crise do CEBES; O Futuro do CEBES; a Refundação do CEBES; 20 anos do SUS; Determinação Social da Saúde; Participação Social em Saúde; Política de Saúde para a Primeira Infância; A Saúde em Debate nas Eleições; Saúde da Família e Educação Popular e; Radicalizar a Democracia para Garantir o interesse público na saúde: o CEBES nas eleições municipais de 2012.

Um dos elementos que o CEBES não aprofunda e deixa em aberto para a interpretação de diferentes perspectivas é o que diz respeito à administração pública. Ressalta que os vários governos mantêm o seu anacronismo na área social

das necessidades e direitos da população: o patrimonialismo, o burocratismo, a desconsideração da diversidade e das necessidades regionais, a lentidão, a total precarização da política de recursos humanos na saúde e a consequente inadequação ao atendimento das necessidades e direitos da população. Rechaça as Organizações Sociais e Oscips, no entanto, deixa em aberto, o posicionamento acerca das Fundações Estatais de Direito Privado (CEBES, 2011; CEBES 2012).

Apesar nos documentos divulgados referir-se a disputa pelas políticas de saúde. Nos espaços de formulação, deliberação e de construção dessas políticas, a sua estratégia tem sido de construção de consensos, inclusive, muitas vezes de defesa da agenda governamental. Pode-se se referir ao Movimento + Mais Saúde, que reivindica mais recursos para a saúde sem a preocupação que esses sejam para investimento no setor público estatal face às análises realizadas pelo próprio CEBES.

O CEBES no momento da sua refundação explicita que o seu objetivo é organizar e fomentar debates, estudos, pesquisas na área da saúde e lutar pela melhoria das condições de vida da população brasileira. No entanto, tem sofrido inflexões nas suas proposições na perspectiva de defesa do projeto e processo da Reforma Sanitária vinculado a um projeto civilizatório. Até o presente momento o CEBES, enquanto sujeito político coletivo, não publicou especificamente sobre a sua história, optou no momento da sua refundação em 2007, republicar os principais textos escritos por seus intelectuais ao longo desse processo.

4.1.3 Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO

Sujeito político coletivo fundamental no projeto e processo da Reforma Sanitária Brasileira, a ABRASCO foi criada em 27 de setembro de 1979. Desde o seu momento de criação até os dias atuais prioriza três eixos: a formação de recursos humanos em saúde Coletiva, a produção de conhecimentos técnico-científicos e a Política Nacional de Saúde. No entanto, ao fazermos a avaliação da sua trajetória e a depender da conjuntura se identificam momentos em que um dos eixos é privilegiado ou são organicamente articulados.

O seu nascimento apenas foi possível, face às mudanças que ocorreram no país, no final da década de 1970, que diziam respeito ao contexto político, às alterações no quadro da política de saúde nacional, ao redesenho das forças políticas, ao surgimento de novos sujeitos políticos coletivos e lideranças, acompanhado de um novo contexto de alianças e atuação profissional⁴⁶.

A ABRASCO inicialmente surge como associação principalmente de docentes dos departamentos de medicina preventiva, medicina social e escolas de Saúde Pública, com predomínio inicial do componente médico sanitário⁴⁷. Goldbaum e Barata (2006, p. 81) assinalam que os “problemas que mobilizam esses atores são o ensino e a formação de profissionais e pesquisadores em Saúde Coletiva, além das questões relativas à organização do Sistema Nacional de Saúde”. Sua organização e articulação se deram entre um conjunto de profissionais da área da saúde vinculados principalmente à área acadêmica durante a realização da I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, realizada em Brasília⁴⁸.

Na década de 1970 a ocupação dos espaços acadêmicos foi fundamental na luta pela construção do campo da saúde coletiva do ponto de vista conceitual e teórico, assim como da discussão e debates acerca da organização do Sistema Nacional de Saúde que dariam subsídios ao movimento da Reforma Sanitária.

Assim como ocorreu com o CEBES a SBPC representou para a ABRASCO um espaço de fortalecimento institucional, desde que, seria através das reuniões da comunidade científica que seria definida sua participação nos movimentos de oposição política, existentes naquele momento. Como exemplo dessa articulação foi a sua indicação para representar a SBPC no Conselho Nacional de Saúde.

⁴⁶ Momento de redefinição de alianças, em que as forças políticas organizadas procuravam se fortalecer para constituir, defender e assegurar um regime democrático no país, que teria início em 1985 com a eleição direta de Tancredo Neves, marcando o fim dos governos militares.

⁴⁷ No momento da criação da Abrasco, o desenvolvimento da pós-graduação no país ainda era incipiente. Os cursos de mestrado e doutorado estavam concentrados em apenas 03 estados e 04 instituições, respectivamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. No âmbito da formação profissional, destacavam-se os cursos de especialização em saúde pública e as residências médicas em medicina preventiva e medicina social, também concentrados na região sudeste (Goldbaum e Barata, 2006, p. 81)

⁴⁸ Essa reunião havia sido promovida pelo Ministério da Educação, pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Previdência Social e pela Organização Pan-Americana da Saúde, para debater questões relacionadas à área de recursos humanos em saúde (Belisario apud Fonseca (2006).

Desse modo, Goldbaum e Barata (2006) ao analisar as diversas diretorias compostas pela ABRASCO enfatizam que no período de 1979 a 1981⁴⁹, a ABRASCO se dedicou à resolução dos problemas operacionais da nova entidade: local de instalação de uma secretaria geral, obtenção de fundos para iniciar os trabalhos e preparação da primeira eleição, uma vez que, os membros da diretoria, inicialmente haviam sido eleitos todos os membros por aclamação entre os fundadores.

A ABRASCO, no período de 1981-1983⁵⁰, prioriza a formação de recursos humanos e o mercado de trabalho para os profissionais da Saúde Coletiva. Tais questões foram debatidas, articuladas à esfera da política de saúde e às propostas de reforma do setor que começaram a ganhar fôlego, nos movimentos políticos e sociais que marcaram esse período de transição entre a ditadura e a redemocratização do país.

Durante a realização do I Congresso Nacional da ABRASCO (1983) em conjunto com a Associação Paulista de Saúde Pública, foi eleita a nova diretoria para o triênio 1983-1985⁵¹, sob a presidência de Hésio Cordeiro⁵². A ABRASCO apresenta como tema central de discussão a Política Nacional de Saúde, abordada com prioridade em quatro temas básicos: Política de Assistência Médica, Política de Saneamento, Política de Recursos Humanos e Participação Popular (BELISÁRIO, 2006). Nesse momento, a Associação insere de forma mais orgânica a sua

⁴⁹ A diretoria foi composta por Frederico Simões Barbosa (presidente) Ernani Braga, Guilherme Rodrigues da Silva, José da Silva Guedes (Abrasco, 2012, p.01). O grupo fundador era composto por docentes dos departamentos de medicina preventiva e/ou social das escolas médicas brasileiras, além de docentes da Escola Nacional de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁵⁰ A diretoria foi composta por Benedictus Philadelpho de Siqueira, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Minas Gerais e militante da Associação Brasileira de Ensino Médico (presidente), José da Silva Guedes, Jairnilson Paim e Ernani Braga (Abrasco, 2012, p.01).

⁵¹ A diretoria foi composta por Hésio Albuquerque Cordeiro, professor adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ (presidente), José da Rocha Carvalheiro, Francisco Eduardo Campos, Tânia Celeste Matos Nunes e Paulo Buss.

⁵² Hésio Cordeiro, nesse momento, era professor adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ, na qual desenvolvia atividades de ensino de graduação e pós-graduação e pesquisas no campo da Saúde Pública privilegiando, em sua produção intelectual, as questões referentes à organização dos serviços de saúde e as questões do ensino. Vale a pena ressaltar que após o mandato na presidência da Abrasco, assumiu a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) durante a Nova República, implementando a estratégia do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), preparando assim as condições para a fusão entre Ministério da Saúde e o Inamps que ocorreu com a criação do SUS. (Abrasco, 2006).

participação no processo de formulação do projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Desse modo, articula o desdobramento dos três eixos de atuação, ou seja, a pesquisa, o ensino e a política de saúde.

Para tanto, deu prosseguimento à realização de seminários, reuniões nacionais e criou algumas comissões com o propósito de fortalecer as ciências sociais em saúde, a epidemiologia e o planejamento e administração em saúde. Também priorizou aspectos referentes à regulamentação da residência multiprofissional, além de desenvolver articulações com as agências de fomento na perspectiva de incluir a Saúde Coletiva entre as áreas de desenvolvimento científico e tecnológico no país.

Vale a pena ressaltar que esse momento foi de um processo de luta pela redemocratização do país e fez com que o movimento sanitário se engajasse nas lutas mais amplas da sociedade com o chamamento pela Diretas Já e pela Anistia ampla geral e irrestrita. Com isso, a ABRASCO assumiu um papel que extrapolava a atuação específica em Saúde Coletiva.

A ABRASCO no período de 1985-1987⁵³ se fortalece como sujeito político coletivo importante no projeto e processo da Reforma Sanitária Brasileira. Para tal fim foi criada a Comissão de Política de Saúde, que elabora um documento para orientar a ABRASCO nas etapas preparatórias e durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde⁵⁴. O Documento pelo Direito Universal à Saúde abrange quatro aspectos:

O direito à saúde como direito universal e inalienável de todos os homens; o dever do Estado de prover as condições para a efetivação desse direito; o conceito ampliado de saúde explicitando o caráter necessariamente intersetorial que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ter; e a importância de construir um sistema da saúde pautado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade com organização descentralizada, regionalizada, hierarquizada e submetida ao controle pela sociedade civil (GOLDBAUM; BARATA, 2006, p. 85).

⁵³ A diretoria foi composta por Sebastião Antonio Loureiro de Souza e Silva (presidente), Sônia Fleury Teixeira, Moisés Goldbaum, Eduardo Freese de Carvalho e Paulo Buss (Abrasco, 2012, p.01).

⁵⁴ De acordo com a Abrasco (2006), a associação teve apenas 08 delegados na VIII Conferência Nacional de Saúde, com representação formal, mas alguns palestrantes, convidados, coordenadores e relatores de grupo dos grupos temáticos estavam vinculados à associação. Destaca-se Sérgio Arouca que foi o presidente, o coordenador da plenária final Arlindo Fábio Gomes e o relator geral Guilherme Rodrigues da Silva que faziam parte da associação.

A participação da ABRASCO foi significativa no momento da constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e os trabalhos desenvolvidos pela Assembleia Nacional Constituinte. Vale a pena ressaltar que após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a ABRASCO realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (CBSC), no Rio de Janeiro. Foi discutida a Política Nacional de Saúde e em sua plenária final foi aprovado o texto com base nas conclusões da conferência. Esse documento deu subsídios à atuação da ABRASCO com relação à formulação da Constituição de 1988. O texto aprovado contém seis artigos, que são: o direito à saúde, o dever do Estado, as ações intersetoriais, o caráter público das ações de saúde, a criação do Sistema Nacional de Saúde, o financiamento para o setor e a formulação de um plano nacional de saúde plurianual (ABRASCO, 2006). A proposta passou a receber uma série de modificações e aprimoramentos, posteriormente ao I CBSC.

Desse modo, a ABRASCO enquanto sujeito político coletivo contribuiu no processo de formulação da política nacional de saúde através da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

A ABRASCO no período de 1987-1989⁵⁵ dá continuidade aos trabalhos da associação junto à Assembleia Nacional Constituinte e à elaboração da Lei Orgânica da Saúde, inclusive assessorou, no Congresso Nacional, a Comissão da Ordem Social e a Subcomissão de Saúde na elaboração do texto constitucional. A aprovação da nova Constituição desloca o foco da atuação política para a formulação e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, fundamental para a concretização dos avanços obtidos. Nesse período, com a realização do II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (1989) articulado com o III Congresso Paulista de Saúde Pública, cujo tema tratou sobre o “Sistema Único de Saúde: uma conquista da sociedade”, reforçou as discussões acerca da regulamentação do capítulo da saúde.

Na década de 1990 o movimento sanitário estava fortalecido desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Entretanto, com a realização da primeira eleição após o período de ditadura, foi eleito Fernando Collor de Melo que

⁵⁵ A diretoria foi composta por Guilherme Rodrigues da Silva, chefe do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (presidente), Eleutério Rodrigues Neto, Luiz Cordoni Junior, Roseni Rosângela Chomprê e Paulo Buss (ABRASCO, 2012, p. 01).

passa a implementar as propostas da ideologia neoliberal no país. Tal conjuntura apresenta algumas contradições para o projeto da Reforma Sanitária. Uma vez que, com a promulgação da Constituição de 1988, houve avanços significativos nas políticas de seguridade social, ao tempo, o governo eleito não estava comprometido com as mudanças necessárias para fazer avançar o processo de Reforma Sanitária.

A partir desse momento, o movimento sanitário começa uma luta pela manutenção do que já havia sido conquistado na Constituição/88 e avançar na sua regulamentação.

A ABRASCO no período de 1989-1991⁵⁶ enfrenta grandes dificuldades para a sobrevivência da instituição. Com o início do governo Collor e as suas políticas de austeridade, houve a redução do financiamento da saúde e as medidas de desestruturação do setor público. Nesse momento, a ABRASCO dá visibilidade às questões relacionadas à epidemiologia, realizando o I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em São Paulo, que reuniu cerca de 1500 participantes. Outro aspecto importante a ser ressaltado, foi a negociação realizada entre a ABRASCO e a SBPC para que a ABRASCO pudesse representar a sociedade no Conselho Nacional de Saúde, possibilitando uma nova inserção no CNS, a fim de formular e deliberar sobre a Política Nacional de Saúde (FONSECA, 2006).

A ABRASCO no período de 1991-1993⁵⁷ acompanha e enfrenta todo o processo de crise política com o impeachment do presidente eleito e os efeitos das políticas neoliberais adotadas pelo governo eram fortemente sentidos no setor saúde. Ao analisar esse período Goldbaum e Barata assinalam:

transcorreu em meio a muita mobilização da associação para evitar que as conquistas que haviam sido alcançadas com a aprovação da Constituição Brasileira de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde em 1990 não se perdessem completamente. Talvez essa tenha sido a diretoria cuja gestão foi marcada pela realização do maior número de seminários, encontros e congressos, todos eles destinados à

⁵⁶ A diretoria foi composta por José da Silva Guedes, professor titular e chefe do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (presidente), Nilson do Rosário Costa, Carmem Fontes Teixeira, Alina Maria Almeida de Souza e Péricles Silveira da Costa (ABRASCO, 2012, p. 01).

⁵⁷ A diretoria foi composta por Arlindo Fábio Gómez de Sousa da Fundação Oswaldo Cruz (presidente), Maria Cristina Lodi Guedes de Mendonça, José da Rocha Carvalheiro, Júlio S. Müller Neto e Péricles Silveira da Costa (ABRASCO, 2012, p. 01)

discussão e à organização da resistência do movimento sanitário (GOLDBAUM; BARATA, 2006, p. 90).

Em 1991, foi realizado, o III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Porto Alegre (RS), intitulado: ‘Saúde como direito à vida’. A Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS ocuparam o lugar central na agenda política. A realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde tinha sido postergada, deveria ter sido realizada em 1990, mas face ao governo Collor, não foi possível a sua realização, o que ocorreu apenas em 1992. Com o objetivo de dar subsídios para o debate durante a conferência, a ABRASCO elaborou o documento “Saúde é qualidade de vida”, enfocando aspectos importantes para a implantação, organização e funcionamento do SUS.

A ABRASCO realizou o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (1994), em Olinda (PE), com o tema “Saúde o feito por fazer”, que chamava a atenção para as conquistas no campo da Reforma Sanitária e a necessidade de continuar a luta porque o processo efetivo de implantação ainda não havia acabado.

A partir desse momento a ABRASCO⁵⁸ passa a tomar outra direção com ênfase no fortalecimento da pós-graduação e da produção científica. Nesse contexto, ganha relevância a produção de conhecimentos científicos aplicáveis ao campo da política de saúde. Portanto, se identifica uma inflexão das suas proposições iniciais segundo Goldbaum e Barata (2006), devido as mudanças na conjuntura política e a construção paulatina do SUS. Há uma necessidade de retomar de maneira mais decisiva a produção de conhecimentos para apoiar esse processo. É nesse contexto que a porção mais acadêmica da associação, relacionada com a formação de pesquisadores e a produção de conhecimentos científicos aplicáveis ao campo da política de saúde, ganha relevância. Assim, a ABRASCO toma um novo rumo na perspectiva de fortalecer a pós-graduação e a produção científica.

Dentre as principais ações encaminhadas no sentido de fortalecer a produção de conhecimentos nesse período se destacam: a instituição do Fórum de

⁵⁸ A diretoria eleita para o período de 1994/1996 foi composta por Maria Cecília de Sousa Minayo, docente da Escola Nacional de Saúde Pública (presidente), Marilisa Berti de Azevedo Barros, Renato Peixoto Veras, Pedro Miguel dos Santos Neto, Péricles Silveira da Costa e João Carlos Canossa Mendes (Abrasco, 2012, p. 01).

Coordenadores dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva; a criação da Revista Ciência & Saúde Coletiva, como periódico científico da ABRASCO e; a criação da livraria ABRASCO, mecanismo de difusão de parte significativa da produção intelectual do próprio campo e de autores afins no âmbito nacional e internacional.

No ano de 1995 foi realizado o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia que incentivou a ABRASCO se integrar à Associação Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) e à Sociedade Ibero-Americana de Epidemiologia na promoção de evento científico de caráter internacional. No mesmo ano foi realizado o I Congresso de Ciências Sociais em Saúde, em Belo Horizonte (MG) que incentiva mais um congresso com periodicidade regular. A inflexão da ABRASCO, fica cada vez mais clara ao declarar sua atuação política no Conselho Nacional de Saúde ressalta:

Com os novos atores políticos surgidos no processo de redemocratização do país ou fortalecidos por ele permitiram à associação definir de modo mais claro seu papel na arena política: o aporte de uma associação científica cujo objeto de reflexão e produção científica é a condição de saúde da população e as políticas sociais em saúde (ABRASCO, 2006,p. 96).

No período de 1997 a 2000⁵⁹, o mandato da diretoria é prorrogado devido ao adiamento do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva que coincidia com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde. A ABRASCO dá continuidade às ações na perspectiva de consolidar a instituição na comunidade científica nacional e internacional. Para esse fim, a ABRASCO tem representação formal junto à Capes; passa a ser consultada pelo comitê assessor do CNPq; participa do processo de criação do Departamento de Ciência e Tecnologia na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e a permanência da inserção da associação junto à SBPC; firma a primeira parceria internacional com a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), para estimular o intercâmbio em promoção da saúde e cria a Revista Brasileira de Epidemiologia.

Nesse momento, o país encontrava-se no governo de Fernando Henrique Cardoso, que deu continuidade à implantação das propostas da ideologia neoliberal.

⁵⁹ A diretoria foi composta por Rita Barradas Barata, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências da Santa Casa de São Paulo (presidente), Eduardo Stotz, Everardo Duarte Nunes, Elizabeth Diniz Barros, Mário Del Poz, Oswaldo Yoshimi Tanaka e Péricles Silveira da Costa (ABRASCO, 2012, p. 01)

Desse modo, a saúde, sofre com a política de desfinanciamento e com as propostas de Reforma do Estado, defendidas pelo ministro da Administração e Reforma do Estado, Bresser Pereira. A ABRASCO realiza no período de 25 a 29 de agosto de 1997, em São Paulo, o seu V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com o tema “Saúde, responsabilidade do Estado contemporâneo” (1997). No ano seguinte, foi realizado o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia; o II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, o I Encontro Latino-Americano em Saúde, Equidade e Gênero, articulado com a Alames, e o I Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde.

Nesse momento, ainda foi realizado o VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva cujo tema tratou “O Sujeito da Saúde Coletiva” (2000). A ABRASCO analisa que essa temática faz com que se articulem os três eixos propostos no momento de sua criação, ou seja, a política nacional de saúde, recursos humanos e a produção de conhecimentos.

Essa tendência da ABRASCO, que vai se consolidando na prioridade na produção do conhecimento, torna-se mais clara a cada momento histórico. No entanto, essa produção do conhecimento segue uma direção na perspectiva de fragmentação desse conhecimento.

A ex-presidente da gestão 1997-2000 da ABRASCO é indicada para coordenar a 11ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social, realizada em Brasília (2003). A ABRASCO participa enquanto sujeito político coletivo, através dos seus intelectuais, elaborando um documento para dar subsídios as discussões.

Nesse contexto, já havia tomado posse a nova diretoria para o triênio 2000-2003⁶⁰ que elabora o documento intitulado: “Atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira”. Apresenta propostas voltadas para a organização e funcionamento do SUS, entre essas se destacam:

⁶⁰ A diretoria eleita para o período 2000/2003 foi composta por José Carvalho de Noronha, docente do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (presidente), Francisco Eduardo de Campos, Jairnilson Paim, Márcia Furquim de Almeida, Paulo Mangeon Elias e Paulo Marchiori Buss, Álvaro Matida e Mônia Mariani (Abrasco, 2012, p. 01)

A precarização das relações de trabalho, aceleração do processo de qualificação-desqualificação das relações técnicas do trabalho em saúde, dificuldades gerenciais, a criação de agências reguladoras e o potencial papel desagregador delas para o sistema, dicotomia entre atenção básica e integralidade da assistência, e a ausência de políticas de qualidade (ABRASCO, 2006, p.100).

Algumas propostas, tais como: a aceleração do processo de qualificação-desqualificação das relações técnicas do trabalho em saúde, as dificuldades gerenciais, a criação de agências reguladoras e o potencial papel desagregador delas para o sistema configuram a priorização da pequena política que para Gramsci (2003) compreende as questões parciais e cotidianas que se apresentam no interior de uma estrutura já estabelecida, em decorrência de lutas pela predominância entre as diversas frações de uma mesma classe política. Essas proposituras tendem a fortalecer a hegemonia na época do neoliberalismo.

Entretanto, a análise realizada pelos sujeitos políticos da ABRASCO é que a referida gestão teve um propósito de retomar o protagonismo da associação no processo de formulação da política de saúde na perspectiva da Reforma Sanitária. Também deixa explícito o conflito de interesses que perpassava a associação entre a necessidade de fortalecimento da formulação de políticas e o enfoque na produção de conhecimentos. Desse modo, a gestão da ABRASCO é considerada,

marcada pela intenção de retomar o protagonismo político da ABRASCO no campo da política de saúde, que uma parte dos associados supunha perdido pela inflexão mais acadêmica que havia caracterizado as duas últimas gestões [...] ainda que o trabalho político nunca tivesse sido abandonado, a maior ênfase colocada na organização e na consolidação da pós-graduação estrito senso e no reconhecimento da ABRASCO como um interlocutor qualificado na comunidade científica brasileira era vivida por muitos como um certo desvio dos rumos que haviam marcado a associação, existindo inclusive, durante toda a gestão, a presença de uma tensão permanente entre aqueles que viam na ABRASCO um movimento social e aqueles que a concebiam como associação científica no campo da Saúde Coletiva intrinsecamente relacionada com a formulação das políticas de saúde (GOLDBAUM; BARATA, 2006 p. 99).

A partir de 2003 dá-se início ao governo Lula, e Humberto Costa assume o Ministério da Saúde. Nesse momento, a 12ª Conferência Nacional de Saúde é antecipada para que os delegados da referida conferência pudessem discutir e avaliar a política nacional de saúde com vistas a formular o plano nacional de saúde do novo governo. Nesse ano, a ABRASCO realiza o VII Congresso Brasileiro de

Saúde Coletiva (2003), realizado em Brasília com o tema “Saúde, justiça, cidadania”, assim justificada:

A secular desigualdade que caracteriza o Brasil e a determinação social dos processos saúde/doença levou a ABRASCO a eleger como tema central de seu congresso “Saúde, justiça, cidadania”. No evento será debatida a superação das desigualdades sociais, o acesso e a utilização desigual dos serviços de saúde e a obtenção de atenção integral e resolutive, parte da agenda de estados democráticos (ABRASCO, 2002, p. 09).

Para a ABRASCO o tema dialoga com diversos campos disciplinares, como o direito, a educação, a comunicação social e as ciências humanas. Esse tema apresenta uma aproximação da ABRASCO com a ideologia da pós-modernidade. Entre os conceitos que dão sustentação à ideologia estão a democracia, a justiça social e a equidade.

Na realização do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 2003, momento em que houve a eleição da nova diretoria da ABRASCO, a tensão existente entre as tendências da ABRASCO se acirra. Uma defendia a associação mais próxima de um movimento social e a outra defendia o caráter de associação científica do campo da Saúde Coletiva. Com muitas dificuldade houve uma composição de chapa única com representação das duas tendências.

Dentre as ações desenvolvidas pela ABRASCO⁶¹ nesse período estão: a realização do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia; o II Simpósio Brasileiro e o I Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária; o III Congresso de Ciências Humanas e Sociais em Saúde; o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do XI Congresso Mundial de Saúde Pública, ocorrido em 2006 e; a participação na Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. O tema VIII CBSC foi Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas.

⁶¹ A diretoria eleita para o período de 2003/2006 foi composta por Moisés Goldbaum, docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (presidente), Paulo Ernani Vieira Gadelha, Julio Strubling Müller Neto, Madel Therezinha Luz, Rômulo Maciel Filho, Soraya Cortes, Álvaro Matida e Mônia Mariani (Abrasco, p. 01)

Vale a pena ressaltar que um dos pontos defendidos pela associação durante a realização da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi a criação de uma instância setorial de fomento à pesquisa em saúde para garantir fortalecimento da política científica e tecnológica em saúde, fluxo financeiro adequado e procedimentos administrativos coerentes com as características do fomento (ABRASCO, 2006, p. 101). A ABRASCO defende como ponto essencial para a produção científica, tecnológica e a inovação em saúde como um todo e para a Saúde Coletiva em particular:

a criação de instância de fomento no setor saúde, a exemplo das que existem nos países desenvolvidos. Este ponto deve merecer por parte da associação ampla mobilização política objetivando a sua concretização. A criação de uma agência setorial certamente dará maior estabilidade aos avanços já iniciados desde a criação do departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) pelo Ministério da Saúde (ABRASCO, 2006, p. 108)

Tal proposta coloca em evidência os novos modelos de gestão, uma vez que, a criação desse órgão de fomento poderia vir a ser uma organização social. A proposta foi rejeitada pela conferência. No entanto, a associação até o presente momento continua a defender essa proposta e coloca a necessidade de haver mobilização política para tal fim.

A ABRASCO⁶² conta hoje com 34 associados institucionais (escolas, institutos e departamentos de Saúde Pública/Coletiva e Medicina Preventiva e Social) e mais de 3.500 associados individuais (trabalhadores, professores e/ou pesquisadores em saúde). Apoia e desenvolve projetos, seminários, oficinas, publicações e realiza os maiores congressos na área de Saúde Coletiva da América Latina (ABRASCO, 2012, p. 01). No ano de 2009 a ABRASCO realiza seu IX CBSC com o tema Compromisso da Ciência, tecnologia e Inovação com Direito à Saúde.

A diretoria que assume a gestão para o período 2009-2012⁶³, encaminha grandes mudanças na ABRASCO, implicando, inclusive, em mudanças no seu

⁶² A diretoria eleita para o período 2006/2009 foi composta por José da Rocha Carvalheiro da Fundação Oswaldo Cruz (presidente), Armando Martinho Bardou Raggio, Luiz Augusto Facchini, Madel Therezinha Luz, Maurício Lima Barreto, Paulo Ernani Gadelha Vieira, Álvaro Matida e Margareth Pessanha (Abrasco, 2012, p. 01).

⁶³ A diretoria eleita para o período 2009/2012 foi composta por Luiz Augusto Facchini (presidente), Chester Luiz Galvão César, Elias Rassi Neto, Kenneth Rochel de Camargo, Lígia Bahia, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, Carlos dos Santos Silva e Margareth Pessanha (ABRASCO, 2012, p. 01).

estatuto em 13 de novembro de 2011. Aponta como justificativa, que a ampliação dos programas de Pós-graduação, a busca crescente por inflexões na Saúde Coletiva das atividades de graduação, o reconhecimento progressivo de que a complexidade da saúde pública exige maior integração entre os serviços e os centros de produção de conhecimentos e a incorporação de profissionais na rede de serviços, em especial nos Programas de Saúde da Família, são indicativos da tendência de ampliação dos horizontes de atuação da ABRASCO:

Apoiar indivíduos e instituições ocupados com ensino pós-graduado, pesquisa, cooperação e prestação de serviços em Saúde Pública/Coletiva, objetivando a ampliação da qualificação profissional para o enfrentamento dos problemas de saúde da população brasileira (ABRASCO, 2012,p,02)

Em seu novo estatuto⁶⁴ a associação passa a ser denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva, foi retirada a pós-graduação da denominação, na perspectiva de abranger também a graduação. Fica constituída por instituições de ensino ou prestação de serviços de saúde que desenvolvam programas docentes em qualquer modalidade de graduação e pós-graduação em saúde coletiva e por indivíduos que exerçam atividades nesta área.

Seus propósitos são conduzidos pela diretoria e conselho, eleitos a cada três anos; comissões e grupos de trabalho articulados nas principais sub-áreas temáticas que compõem o campo de Saúde Coletiva e uma secretaria executiva de apoio ao conjunto de suas atividades. Promove e desenvolve uma diversidade de mecanismos de apoio, articulação e comunicação entre os centros de ensino e pesquisa e a comunidade científica da área, e destes com os serviços de saúde, organizações governamentais, não-governamentais e com a sociedade civil, realizando inclusive convênios e consultorias. No ano de 2012 o X CBSC é um chamamento para discutir a agenda neodesenvolvimentista cujo tema tratou Saúde é Desenvolvimento: ciência para a cidadania.

Com as mudanças ocorridas na ABRASCO fica evidente a ampliação que a associação quer imprimir, no sentido de abarcar a formação de recursos humanos também da graduação. A ênfase na política de saúde, ocorre na perspectiva da pequena política e não da grande política que abrange aspectos referentes as

⁶⁴ Estatuto Social da Associação Brasileira de Saúde Coletiva nos Arts. 2º e 3º (ABRASCO, 2011).

“questões à luta pela destruição, pela defesa, pela conservação de determinadas estruturas orgânicas econômico-sociais” (GRAMSCI, 2002a, p. 21).

Tais questões têm rebatimento na formação da hegemonia, quando um conjunto de crenças e valores se enraíza no senso comum. Hegemonia é consenso, e não coerção. Existe hegemonia quando indivíduos e grupos sociais aderem consensualmente a certos valores. Mas como Gramsci observa existe “consenso ativo e consenso passivo”.

O processo de conformação dos sujeitos políticos coletivos, através dos seus intelectuais em diferentes linguagens do modo de pensar, sentir e agir, que agrega colaboração e empreendedorismo, vem redirecionando a luta política em favor do capital na contemporaneidade e permitindo que as políticas voltadas à área social se alinhem aos princípios da privatização, focalização e fragmentação. A ABRASCO prioriza a formação e a produção do conhecimento em Saúde Coletiva. Esse projeto é bastante amplo, uma vez que mobiliza um conjunto de sujeitos bastante significativo, principalmente com a mudança em seu estatuto. No entanto, a realidade revela uma encruzilhada posta como uma tendência para os intelectuais na América Latina segundo Lander (1997, p. 20), “a formação dos novos intelectuais se processa nos estreitos limites do possível e do existente, contribuindo para a disseminação de uma sociabilidade perpassada por uma concepção utilitarista de conhecimento atrelada ao imediato e ao contingente”.

4.2 CONSTRUÇÃO DO CONSENSO E APASSIVAMENTO DO PROJETO DA RSB

Esse processo tem contribuído em sua maioria para o que podemos chamar de repolitização da política, que implica na redefinição da participação política no contexto democrático do século XXI, que se volta para a coesão social nos moldes do projeto neodesenvolvimentista da terceira via, que concilia mercado com justiça social.

A hegemonia nunca é uma conquista definitiva, mas tem de ser continuamente renovada, recriada, defendida e modificada. Na contemporaneidade os sujeitos políticos coletivos, através de seus intelectuais têm contribuído para a permanência da hegemonia predominante.

Esse contexto teve um impacto tanto na formulação e condução de políticas do governo, incluído as políticas de saúde, quanto no protagonismo dos sujeitos políticos coletivos do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Desde o seu nascimento o Movimento Sanitário não era homogêneo, sendo constituído por diversos sujeitos políticos coletivos, desde os que defendiam uma nova ordem societária fundados em princípios de base emancipatória humana e os que defendiam propostas vinculadas à social democracia. A emancipação política tinha no direito à saúde um elemento importante, mas não se restringia a ele. Estava explícito o projeto de Estado e de sociedade nas bandeiras de luta do movimento.

Os sujeitos políticos coletivos constroem ações coletivas na perspectiva de manter ou transformar uma determinada ordem, uma vez que os mesmos produzem pedagogias, valores e concepções. Desse modo, o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira tem procurado novas respostas políticas, mas tem feito isso com articulação da ideologia do neodesenvolvimentismo junto com as ideias pós-modernas.

Isso ocorre devido “à nova pedagogia da hegemonia” (Neves, 2010, p.25), que envolve a formulação de novas teorias, a formação de novos intelectuais orgânicos e a difusão pedagógica dos novos consensos. É o realinhamento ideológico de teóricos e de forças políticas nas relações sociais e de poder.

A aposta mais significativa da nova pedagogia da hegemonia é o complexo movimento concomitante de criação de novos sujeitos políticos coletivos, de reconversão dos antigos sujeitos políticos coletivos e de desorganização da visão crítica ao capitalismo para a construção do novo consenso. O alicerce da formação e da atuação dos sujeitos políticos coletivos na nova pedagogia da hegemonia encontra-se fundamentado na teorização antimarxista e no projeto político da nova social democracia, expresso no programa da terceira via.

Ao analisar os documentos defendidos pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Identifica-se uma tendência ascendente de incorporação pelo fórum das ideologias da pós-modernidade e a social- liberal ou neodesenvolvimentista. No primeiro documento **A Carta de Brasília** (2005) refere-se à RSB como projeto civilizatório, se aproxima dos princípios da RSB defendidos na década de 1980. No segundo documento **Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros** (2005) reafirma a RSB como um projeto civilizatório maior e começa a introduzir

reflexões acerca do desenvolvimento sustentável. No terceiro documento **O SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade** (2006). Começa a enfatizar o cotidiano, o local, o efêmero e a realidade fragmentada.

Nesse documento é ressaltada a solidariedade como valor estruturante e a justiça social. As propostas apresentadas são no sentido de focalização da política com ênfase no cuidado e à humanização. As mudanças a serem realizadas passam por dentro do já existente. O quarto documento **Boletins da 13ª Conferência Nacional de Saúde** (2007) enfatiza a RSB como reforma solidária, a prioridade das propostas são com o cuidado, as formas de desigualdade e de injustiça, a questão da responsabilidade social para cumprir o seu dever com a saúde, a qualidade de vida e a democracia. Nesse documento o entendimento e alcance do projeto civilizatório é a cidadania. As demandas se voltam para o cotidiano. No quinto documento **A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil** (2010) define os eixos prioritários de intervenção e as estratégias de ação, de forma a balizar os programas, objetivos e metas da Política de Saúde.

Esse documento expressa a adesão do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira às ideologias da pós-modernidade e do neodesenvolvimentismo. Uma vez que a sua agenda se volta para o cotidiano do SUS, deixando de apresentar proposições que priorizem as conexões estruturais tais como: totalidade, modo de produção, contexto e classe social. Também articula o crescimento econômico com desenvolvimento social na perspectiva neodesenvolvimentista. Vale a pena ressaltar que no documento a expressão Reforma Sanitária não é utilizada e deixa em aberto os novos modelos de gestão.

Ao analisar a trajetória dos principais sujeitos políticos coletivos no processo de construção da RSB, sendo esses: o CEBES e a ABRASCO, identifica-se que esses sujeitos políticos coletivos têm sido responsáveis ao longo do tempo pela disseminação da cultura. Nas décadas de 1970/1980 a bandeira de luta foi à democratização, com o chamamento **Saúde e Democracia**.

Tiveram participação importante na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na Assembleia Constituinte e na elaboração da Lei Orgânica. Na década de 1990 sofre refluxo devido ao período dos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso que implementam a ideologia neoliberal no país. Suas prioridades se voltam para o desenvolvimento do SUS, esses sujeitos políticos coletivos, deixam de lado a RSB praticamente durante

toda a década de 1990. No século XXI com o advir do governo Lula às expectativas acerca da RSB vem à tona. Em 2005, é criado o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira com o protagonismo do CEBES e da ABRASCO. A agenda da RSB retorna, porém com os seus princípios da universalidade, da integralidade e o entendimento do que é público, flexionados.

Chama a atenção que tanto o CEBES quanto a ABRASCO passaram por processos de questionamentos acerca da sua atuação na sociedade. Tais questionamentos resultaram: na refundação do CEBES, na priorização da ABRASCO para a produção do conhecimento, na mudança dos estatutos do CEBES e da ABRASCO. Esta última incorpora também à graduação e passa a ser denominada Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Tais fenômenos levam à reflexão que os elementos que contribuíram para essa inflexão foram tanto a incorporação dos intelectuais do Fórum a ideologia da pós-modernidade quanto à adesão a ideologia neodesenvolvimentista, a partir de 2007.

Outro aspecto que contribui para esse contexto foi que o governo Lula não rompeu em seu primeiro mandato com a ideologia neoliberal, o que trouxe consequências às configurações das políticas sociais e no segundo mandato o governo adere a ideologia neodesenvolvimentista, mas não muda o formato das políticas sociais. Estas continuam com formato focal, seguindo as diretrizes dos organismos internacionais.

A perspectiva da pós-modernidade consiste numa ofensiva ideológica e cultural do capitalismo contemporâneo, na qual a realidade é um todo fragmentado, marcado pela efemeridade e pela indeterminação, o que impossibilita explicar a totalidade. Desse modo, nessa perspectiva o modo de pensar e agir dos sujeitos políticos coletivos é na difusão da ideia de que no mundo de hoje não existem mais antagonismos e projetos societários em disputa, mas sim diferenças entre “atores sociais”, que podem e devem ser tratados pela via da democratização da democracia, como propõe o projeto político da terceira via.

Nessa tendência a sociedade civil passa a ser espaço privilegiado de harmonização dos conflitos de interesses, transformando-se em Locus estratégico de obtenção do consenso da maioria da população (NEVES, 2010). A noção da sociedade civil como espaço de colaboração social materializa-se como referência

para iniciativas que procuram estabelecer obstáculos, ou efetivos impedimentos, à elevação do nível de consciência política coletiva da classe trabalhadora.

O conceito de sociedade civil ativa passa a ser muito explorado na ideologia da pós-modernidade, uma vez, que essa sociedade é um espaço de coesão e de ação social, localizada entre o aparelho de Estado e o mercado, deve tornar-se instrumento de resgate das formas de solidariedade entre indivíduos, perdidas pela separação dos homens em classes sociais, e de renovação dos laços entre os diversos grupos, de maneira a mobilizar o conjunto da sociedade numa única direção. Ao invés de tensões e disputas entre ideologias, tende a prevalecer o colaboracionismo e a liberdade de escolhas individuais.

Portanto, “os sujeitos políticos coletivos não seriam mais mobilizados por ideologias, mas pela afirmação de identidades culturais, muitos deles motivados por formas específicas de resistência à dinâmica do mundo contemporâneo” (NEVES, 2010, p. 134).

Vale a pena ressaltar que os sujeitos políticos coletivos, através dos seus intelectuais, possuem um papel importante na organização da cultura no país. Cultura aqui considerada a partir da interpretação gramsciana, como modo de pensar. As lutas pela saúde, fragmentadas, separadas de uma visão universal, não põem em questão o domínio do capital e pode ser por ele assimilada, o que contribui para a priorização da pequena política.

Uma das consequências de tal processo são os encaminhamentos de contrarreformas ou momento de restauração (na perspectiva gramsciana), formuladas e apoiadas pelos sujeitos políticos coletivos em nome da defesa do projeto de RSB.

Esse processo, Gramsci define como transformismo, sendo esta uma modalidade de desenvolvimento histórico, um processo que ocorre através da cooptação das lideranças políticas e culturais das classes subalternas, busca excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social. O transformismo como fenômeno político está ligado a processos de contrarreforma. Esse processo de cooptação das potenciais lideranças traz como consequência dificuldades para as classes subalternas, formar os seus próprios intelectuais orgânicos, assim como também para mantê-los.

Esse processo se constituiu na realidade brasileira, principalmente no governo Lula, quando várias lideranças do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira

passaram a ter vínculos com o governo e conseqüentemente com o seu projeto. Diante das perspectivas que se apresentavam optaram pelo caminho do consenso e da colaboração, trazendo implicações na organização da cultura e inflexões das propostas em nome de um projeto de RSB revisado. Desse modo, os sujeitos políticos coletivos do Fórum da RSB têm contribuído para a manutenção da hegemonia hoje predominante. Uma vez que disseminam uma cultura que reforçam às ideologias da pós-modernidade e do social-liberalismo.

5 A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: RESISTÊNCIA ÀS INFLEXÕES DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi criada em 2010, com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980. Foi criada durante seminário realizado no Rio de Janeiro, intitulado “20 anos de SUS: Lutas Sociais Contra a Privatização e em defesa da Saúde Pública Estatal”. Esse seminário foi organizado pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, pelo Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região, e pelos projetos “Saúde, Democracia e Serviço Social: Lutas Sociais e Gestão Democrática,” “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais” e “Políticas Públicas de Saúde” – financiados pela UERJ, CNPq e FAPERJ.

A referida Frente nasceu da articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e do município de Londrina. Inicialmente foi denominada de ‘Frente Nacional contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98’. A ADI 1.923/98 questiona à Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OSs), que tramita no Supremo Tribunal Federal (STF) desde 1998. A importância da votação dessa ADI é a perspectiva de barrar o processo de implementação de OSs nas esferas estaduais e municipais. Uma vez obtida, a concessão da ADI é fundamental para “desmontar a coluna vertebral da privatização dos serviços públicos no Brasil” (FRENTE, 2011).

Desse modo, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi composta inicialmente, por diversas entidades⁶⁵, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais

⁶⁵ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN); Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ (ASFOC-SN); Central de Movimentos Populares (CMP); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Central Sindical e Popular (CSP-CONLUTAS); Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); Executivas Nacionais dos Estudantes de Medicina, Enfermagem e Serviço Social; Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras (FASUBRA); Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS); Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS); Fórum Nacional de Residentes; Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora, Unidade da Classe e de Construção de uma Central (Intersindical); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Seminário Livre pela saúde; os Fóruns de Saúde (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul e Paraíba), os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos. (PSOL, PCB, PSTU, PT e PC do B); Consulta Popular e projetos universitários (UERJ – Universidade

sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. Possui como caminho estratégico “o mesmo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, que se opõe a regulação da saúde pelo mercado e a defesa da saúde pública e estatal” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 140).

Dentre as atividades realizadas enquanto Frente Nacional Contra as OSs e como resultado da articulação dos fóruns de saúde do Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas, Paraná e Londrina houve a criação de um abaixo-assinado on-line pela procedência da ADI 1.923/98, que possui cerca de 8.500 signatários, e uma Carta aos Ministros do STF com quase 400 assinaturas de entidades de todo o país. A Frente elaborou um documento intitulado “Contra Fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”. Esse documento demonstra os prejuízos causados por esses novos modelos de gestão à sociedade, aos trabalhadores e ao erário público.

Com o fortalecimento da Frente e a sua ampliação para Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, foram dados outros passos importantes na perspectiva de barrar o processo de privatização. Destacam-se as audiências com 05 dos 11 Ministros do Supremo Tribunal Federal (STF).⁶⁶

O Primeiro Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi realizado no período de 22 a 23 de novembro de 2010, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, organizado pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, contou com a participação de mais de 400 pessoas com o objetivo de debater a política de saúde e o processo de privatização e desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade. Propiciou momento de problematizar com os diversos sujeitos sociais

do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Universidade Estadual de Londrina (UEL); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ; Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de saúde da FIOCRUZ; Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e; Universidade de São Paulo – USP . (Frente Nacional Contra a Privatização, 2011).

⁶⁶ A primeira foi com o Ministro relator da ADI 1.923/98, Ayres Britto (22/10/10), posteriormente com os Ministros Ricardo Lewandowski (16/11/2010), Chefe de Gabinete do Ministro Marco Aurélio (16/11/2010), o magistrado instrutor do gabinete do Ministro Gilmar Mendes (26/11/21010), Ministro presidente do STF Cesar Peluzo (01/12/2010). Além das audiências foram também visitados os gabinetes dos demais ministros. Nas audiências e visitas foram com o propósito de apresentar os prejuízos causados pelas OSs. Para tanto, foram entregues os documentos “Contra Fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, a Carta aos Ministros do STF e o abaixo-assinado pela procedência da ADI 1.923/98.

comprometidos com a luta dos trabalhadores, a construção de estratégias coletivas e a elaboração de uma agenda comum para a saúde. Naquele momento, enfatizou-se a discussão sobre o processo de privatização na saúde e afronta aos direitos; os movimentos sociais e saúde; a construção de alternativas no executivo e no legislativo; lutas e resistências na saúde; e também a elaboração de uma agenda de lutas da frente.

Com a realização desse seminário a Frente Nacional Contra a Privatização ampliou a sua mobilização e organização, uma vez que constituiu uma coordenação nacional representativa dos fóruns de saúde, entidades e movimentos sociais. Sua realização foi muito importante, desde que articulou alguns intelectuais da Reforma Sanitária da Década de 1980, que se fizeram presentes, e reafirmou a necessidade de lutar contra o processo de privatização em curso. Os participantes do seminário avaliaram como “surpreendente a mobilização em tempos de hegemonia neoliberal, bem como de confusão da esquerda brasileira, em decorrência das diretrizes das duas gestões do governo Lula, nas quais os intelectuais flexibilizaram os princípios da Reforma Sanitária “ (Seminário Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2010).

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação “às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980, o combate à privatização da saúde. Também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro, pondo em evidência os novos modelos de gestão, que promovem a entrega do patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas” (FRENTE, 2010).

Na construção da sua agenda a Frente Nacional Contra a Privatização aprofunda suas bandeiras de lutas, sendo estas:

- a) Pela inconstitucionalidade da lei que cria as Organizações Sociais;
- b) Defesa incondicional do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade;
- c) Pela gestão e serviços públicos de qualidade;
- d) Defesa de investimento de recursos públicos no setor público;
- e) Pela efetivação do Controle Social;
- f) Defesa de concursos públicos e a carreira pública no Serviço Público;

- g) Contrários à precarização do trabalho;
- h) Contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;
- i) Por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais;

No período de 09 a 10 de julho de 2011 foi realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo o II Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde sob a organização do Fórum de Saúde de São Paulo. Nesse momento, as discussões enfatizaram: a análise de conjuntura nacional e da saúde; o financiamento da saúde e a privatização; as lutas no atual período e; a agenda da frente.

Nesse seminário, a participação não foi expressiva como o anterior (devido ao número de participantes inferior). O evento estava esvaziado, organizado através de mesas redondas e; o segundo dia em que estavam previstos os trabalhos em grupo, esses não ocorreram devido à ausência de espaço físico suficiente para a distribuição dos referidos grupos. Desse modo, optou-se por plenária final. Houve dificuldades, uma vez que não ocorreram os trabalhos em grupo e algumas temáticas não puderam ser aprofundadas. Mesmo diante das dificuldades a Frente continuou a discutir suas principais bandeiras de lutas (FRENTE, 2011).

No II Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, a estratégia foi o aprofundamento da agenda política com vistas à mobilização e organização na 14ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada em Brasília, no período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011. Naquele momento, identifica-se o aprofundamento acerca do controle social ampliado para outras formas de organização, além dos espaços institucionais. Para tanto, os fóruns de saúde são ressaltados como espaços a serem fortalecidos e ampliados em todas as regiões do país. A Frente também chega a um acordo sobre um percentual de 6% do PIB a ser defendido para a saúde como parâmetro mínimo, e exigência de 10%⁶⁷

⁶⁷ O projeto que se encontrava no Senado – PLS/127/2007 e não foi aprovado na versão original – tinha o compromisso de inserir mais recursos para a saúde, baseando a aplicação da União em 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta (RCB) - sem inclusão das receitas de capital e das decorrentes

da receita corrente bruta da União para a saúde. Nesse seminário, houve uma mesa que tratou especificamente sobre o financiamento e subsidiou a Frente nos percentuais que passaram a ser defendidos.

O III Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi realizado em Alagoas, no período de 07 a 10 de junho de 2012 na Universidade Federal de Alagoas, sob a coordenação do Fórum de Saúde de Alagoas. Teve como objetivos: construir estratégias coletivas de enfrentamento da privatização da saúde em curso, na perspectiva de debater a sua internacionalização; fortalecer a organização dos fóruns estaduais e municipais recém-criados e montar estratégias para nucleação de novos fóruns; proporcionar densidade teórica e debates em torno de temas que permeiam as lutas dos fóruns de saúde e; estruturar as lutas coletivas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (agenda de lutas, suporte financeiro, reuniões etc). Dentre as discussões priorizou-se: 1) As Lutas Sociais em Defesa da Saúde Pública Estatal – a experiência dos Fóruns de Saúde; 2) Crise do Capital e Lutas Sociais; 3) Lutas contra a Privatização da Saúde no campo jurídico; 4) Os rumos da Reforma Sanitária – Avanços e Retrocessos e; 5) Avaliação da agenda de lutas (III Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização, 2012).

No III Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde nos trabalhos em grupo foram discutidos os cinco pontos da agenda de lutas, sendo esses: 1) Determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; 2) Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; 3) Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; 4) Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e; 5) Efetivação do Controle Social.

Houve participação, mobilização e organização no seminário. Foi enfatizada a necessidade de mobilizar para a assinatura do abaixo-assinado contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e a sua implementação nos HUs. Avaliou-se que

de operação de crédito. Tal projeto, se aprovado, acrescentariam para o orçamento federal de 2011 do Ministério da Saúde o correspondente a R\$ 32,5 bilhões. Esse projeto foi rejeitado e se permanece com insuficientes recursos para o ano de 2012, apenas com os R\$ 71 bilhões definidos na Lei Orçamentária Anual do MS, o que significa 1,8% do PIB. Tal comprometimento com o PIB não é diferente desde 1995. Os parlamentares no dia 07/12/11 aprovaram a mesma base de cálculo do piso nacional da saúde que hoje representa cerca de 7% da receita bruta do governo federal(Mendes, 2011).

os signatários do abaixo-assinado ainda são insuficientes em termos numéricos, havendo necessidade de maior mobilização. Os aspectos referentes à organização e estrutura da coordenação também foram discutidos. Avaliou-se que dos 15 fóruns estaduais, 10 estavam em funcionamento, os outros 05 apresentavam problemas na sua organicidade sendo esses: Pernambuco, Ceará, Distrito Federal, Pará e Mato Grosso. Também foi avaliada a necessidade de rever entidades e partidos políticos que em 2010 integraram a coordenação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, mas até o momento não indicaram representantes.

As entidades que possuem participação mais efetiva são: a ABEPSS, o ANDES e o CFESS. Quanto aos fóruns que têm uma atuação mais efetiva são: Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás, Paraíba, Minas Gerais. No que se refere aos fóruns de saúde municipais estão em atividade: Mossoró (RN), Caxias (RJ), Niterói (RJ) Campinas (SP), Campos dos Goytacazes (RJ), Duque de Caxias (RJ), Rio das Ostras (RJ), Serrana (RJ), Santos (SP), Barreiros (SP), Marília (SP) e Sorocaba (SP). Embora o Fórum de Saúde do Paraná (PR) seja o mais antigo, no momento encontra problemas com a sua organização e funcionamento. No próximo seminário da Frente será analisada a nova estrutura da coordenação, também ficou decidido que o seminário será realizado em Santa Catarina (III Seminário Nacional da Frente Nacional Contra a Privatização, 2012).

No ano de 2011, houve uma grande mobilização e organização dos Fóruns de Saúde nos estados, assim como a formação dos Fóruns Municipais, apesar dos problemas quanto à organicidade de alguns fóruns, acima referidos. Embora a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde ser composta por entidades, partidos políticos, sindicatos, centrais sindicais e fóruns de saúde, são os Fóruns de Saúde Estaduais e Municipais e a sua composição que têm feito avançar efetivamente, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde definiu suas principais estratégias, sendo estas: no campo jurídico, no âmbito do parlamento, no conjunto da sociedade, nas ruas, no controle democrático do controle social, no âmbito da formação e nos meios de comunicação. As estratégias são direcionadas, através do que Gramsci conceituou como vontade coletiva, ou seja, projeto de ação sobre o

real, que nessa conjuntura implica na defesa da saúde pública articulada às lutas por outra sociabilidade para além do capital. De acordo com Dias (1996, p. 11) isso implica “uma nova hegemonia, construída, a partir das condições concretas e da experiência efetiva nas lutas sociais. Uma hegemonia que é política e econômica”.

A Frente Nacional Contra a Privatização avalia que,

no contexto de desmonte do SUS, via privatização e aprofundamento da precarização do trabalho, é necessário fortalecer o protagonismo das classes subalternas com vistas às transformações societárias, enfrentando os determinismos sociais do processo saúde e doença, tendo como horizonte uma nova hegemonia. O que é essencial é estabelecer um projeto comum de sociedade, a partir do corte de classe (e de seus desdobramentos como a questão de gênero, etnia, religião, do meio ambiente, entre outras lutas específicas), aqui o das classes subalternas. Para tal é ímpar manter a autonomia e independência dos movimentos sociais em relação ao Estado (BRAVO; CORREIA, 2012, p.148).

No campo jurídico, a Frente tem atuado por meio de ações públicas, ação direta de inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações. No âmbito do parlamento a Frente, através dos fóruns de saúde tem se articulado nos estados com parlamentares na tentativa de impedir a aprovação dos projetos de lei nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas⁶⁸. No que se refere ao conjunto da sociedade, a tentativa da Frente é de mostrar os prejuízos que o processo de privatização tem trazido aos trabalhadores e usuários do SUS.

A Frente analisa que face aos problemas existentes no SUS – falta de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência e relacionados à baixa qualidade dos serviços prestados, gerados pelo sucateamento da rede pública com falta de pessoal, infraestrutura e insumos necessários para os procedimentos mais elementares -, tem fomentado o debate pelo projeto predominante do setor saúde, o qual, a Frente se contrapõe ao argumento de que o modelo de gestão do SUS é apresentado como o grande gargalo do sistema, havendo a necessidade de sua modernização, em que a gestão por entidades privadas seria a saída.

⁶⁸ Temos aqui os exemplos dos Fóruns de saúde da Paraíba e do Rio de Janeiro. Na Paraíba, houve manifestação no município de João Pessoa durante a aprovação da lei que cria as OSs. No Rio de Janeiro ocorreu durante a votação para criação da Lei que cria as OSs no Estado. Tanto num movimento quanto no outro não houve a participação dos movimentos sociais e sindicais nos plenários de votação, através da repressão policial. No entanto, a mobilização atraiu a atenção dos meios de comunicação principalmente devido a utilização da repressão policial. A mídia enfocou que o movimento era contra a privatização da saúde.

A propaganda da eficiência do setor privado associada aos problemas enfrentados pelo SUS hoje estimula o consentimento ativo⁶⁹ de muitos trabalhadores e usuários ao projeto privatista da saúde, daí a importância de fazer esse debate no conjunto da sociedade (BRAVO; CORREIA, 2012).

No que diz respeito à atuação nos meios de comunicação a prioridade dada pela frente é a produção de material, na perspectiva de informar a opinião pública sobre os prejuízos trazidos com o processo de privatização da saúde. Destaca-se o documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil.”⁷⁰. Os Fóruns de Saúde também produzem boletins para serem distribuídos com a imprensa, partidos, entidades, sindicatos etc. A maioria dos fóruns possui sítio ou blog para divulgação de atividades e ações⁷¹. Quanto ao âmbito da formação, a participação de grupos de pesquisa nesse processo tem sido fundamental para dar direção política às ações e bandeiras da Frente e dos fóruns. Destacam-se os Fóruns de Saúde do Rio de Janeiro e de Alagoas⁷².

Destacam-se também as lutas nas ruas para dar visibilidade à sociedade dos prejuízos causados pelo processo de privatização em curso. As ações nessa estratégia consistem em caminhadas, palavras de ordem, denúncias das irregularidades e ineficiência das unidades de saúde administradas por OSs e

⁶⁹ Para Gramsci (2001) o Estado age a partir do consentimento ativo das classes que formam a base de constituição da hegemonia, que abrem mão de seus projetos em nome de um projeto universal abstrato.

⁷⁰ O documento foi organizado pela procedência da ADI 1.923/98 e Contra as Organizações Sociais. É um relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário por parte das organizações sociais. Os fatos elencados foram baseados em depoimentos de usuários e trabalhadores dos serviços das OSs e em pesquisa na imprensa que noticia a realidade desses serviços, a situação dos trabalhadores e as diversas fraudes que envolveram recursos públicos, em prejuízo da Administração Pública. Os fatos mostrados no referido documento denunciam as experiências de OSs nos estados de São Paulo, Bahia, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Alagoas, Paraíba, Porto Alegre, Santa Catarina e Mato Grosso.

⁷¹ Fórum de Saúde do Paraná, Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, Fórum Popular de Saúde do Estado de São Paulo, Fórum em Defesa do SUS e contra a Privatização de Alagoas, Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região e Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra as privatizações.

⁷² Grupo de Pesquisa Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social que desenvolvem os projetos: Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro e Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais financiados pelo CNPq, FAPERJ e UERJ, sob a coordenação da Pro^a Dra. Maria Inês Souza Bravo. Também o Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais/UFAL, sob a coordenação da Prof^a Dra. Maria Valéria Costa Correia.

fundações. De acordo com a Frente, o dia Mundial da Saúde⁷³ tem sido uma referência para as manifestações nos estados.

A Frente (Bravo; Correia, 2012) ressalta a necessidade de fazer o controle democrático do controle social, que ocorreria através da pressão sobre os mecanismos institucionais de controle social para o posicionamento contrário aos novos modelos de gestão. Ressalta-se que os canais institucionais de participação – conselhos e conferências- necessitam ser fortalecidos. Para tanto, necessário se faz acompanhar, pressionar e controlar “o controle social”. Durante a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, “houve uma dura disputa política entre os defensores do SUS público e sob a administração direta do Estado e os que defendem os novos modelos de gestão privatizantes”. A Frente foi um importante sujeito político coletivo na mobilização e organização para barrar as propostas privatizantes, no que dizia respeito às OSs, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e as parcerias público- privadas.

Durante a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde esteve mobilizada todo o tempo. Foram distribuídas: 1) cartilhas “Em Defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade”; 2) Manifesto em Defesa do SUS e contra a privatização, 3) Boletins de alguns Fóruns e, 4) Caderno de textos que foram distribuídos para as entidades. Todos os dias houve reuniões da referida Frente, após as atividades da conferência. Era realizada uma avaliação e em seguida traçavam-se as estratégias para o dia seguinte. Foi colocada também uma banca da Frente num dos corredores de passagens dos participantes, os quais poderiam se reportar aos integrantes da Frente, em todo o horário de realização das atividades. De acordo com a Frente ao avaliar as suas ações na referida conferência.

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).

⁷³ O Dia Mundial da Saúde é comemorado no dia 07 de abril.

A mobilização para defesa de propostas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu na diretriz 01 – Acesso e acolhimento no SUS – desafios na construção de uma política saudável e sustentável; na diretriz 02 – Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS; na diretriz 03 – Vinte anos de sub-financiamento; lutar pelo recurso necessário para o SUS e; diretriz 05 – Gestão pública para a saúde pública. No total a conferência discutiu 15 diretrizes, passaremos a seguir, analisar as 04 diretrizes priorizadas pela Frente. (FRENTE, 2011).

No que se refere à Diretriz 01 - Em Defesa do SUS: pelo direito à saúde e à Seguridade Social, as propostas da FNCPS foram no sentido de fortalecer a gestão pública estatal, assim como evitar as armadilhas no Orçamento da Seguridade Social, para que os recursos para a saúde fossem diminuídos, ou até mesmo, houvesse a extinção da diversidade de fontes, propostas na Emenda Constitucional 233/08, que pode fazer escoar os recursos da saúde. Para tanto, a extinção da DRU se faz necessária, principalmente quando incide sobre os orçamentos das políticas públicas. Defende a supremacia dos interesses públicos diante dos interesses do mercado, tais como: a defesa da garantia que o SUS se mantenha como política de saúde pública e oficial do Estado Brasileiro, garantindo a gestão das políticas específicas e de todos os seus serviços próprios, nos três níveis de governo,

No que se refere à diretriz 02 - Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS, as propostas da FNCPS são na perspectiva de fortalecer o Controle Social, através dos Conselhos de Saúde, criados pela Lei 8.142/90.

A FNCPS tenta impedir que propostas como a criação das ouvidorias de saúde substituam o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde. No que diz respeito ao fortalecimento dos conselhos as propostas de que os projetos de lei para a área de saúde sejam apreciados previamente pelos conselhos, ressaltam o caráter deliberativo dos conselhos, assim como a criação de punições e penalidades para os gestores que não cumprem as resoluções dos conselhos. A FNCPS se coloca contra a transformação em lei a Resolução n.º 333/03 do CNS, com o argumento que a proposta dá ao Congresso Nacional o poder de definir a forma de organização

dos conselhos. Quem defende a proposta quer dar força de lei, como se somente por lei se garantissem as condições de funcionamento dos conselhos.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a FNCPS é contra a revisão da carta de direitos e deveres dos usuários no SUS com foco na corresponsabilidade. Tal perspectiva enfatiza os usuários a participação na prestação direta de serviços que deveriam ser efetuados pelo Estado. A sociedade civil passou a designar formas de ampliar a representação da sociedade nos processos de gestão do Estado. Entretanto, a capacidade de pensar o conflito como constituidor da trama social, fica reduzida à institucionalidade vigente. Portanto, o enfoque na sociedade civil corresponde à necessidade de envolver a sociedade nas ações estatais, conferindo legitimidade aos ajustes e reformas requeridos pelo processo de reestruturação capitalista.

Há uma tendência mais instrumental, adepta da participação comunitária e do autocuidado que deriva da concepção americana de medicina comunitária em que os indivíduos, as famílias e a comunidade dividem com o Estado a responsabilidade pela atenção e pela condição de saúde da população. Essa tendência se difundiu a partir de recomendações das agências internacionais de desenvolvimento, tais como a Declaração dos Cuidados Primários de Saúde, resultante da Conferência de Alma Ata promovida pela UNICEF/OMS em 1978.

Essa tendência da participação tem um aporte teórico-metodológico conservador de reforçar os cuidados primários de saúde, ou seja, a população ao participar diretamente dos cuidados, passa a assumir ou dividir a responsabilidade com o Estado. Essa perspectiva de caráter neoliberal faz com que a população através do voluntariado preste serviços que são da responsabilidade do Estado. Nessa perspectiva corre o risco da reedição do discurso participacionista defendido com ênfase pelos organismos internacionais, a partir de 1975. Este defende as ações básicas nas comunidades para os pobres. Portanto, a FNCPS ao se colocar contra a inclusão da corresponsabilidade⁷⁴ na Carta dos Direitos dos Usuários ocorre no sentido de não reforçar essa tendência da sociedade civil.

⁷⁴ De acordo com Acanda (2008), nesse contexto a ideia de sociedade civil foi utilizada como base teórica da projeção política do neoliberalismo. Entendida como esfera da vida social organizada que é voluntária, autogeradora, autosustentável, autônoma do Estado e que compreende cidadãos que atuam coletivamente numa esfera pública para exprimir seus interesses, paixões e ideias.

No que diz respeito à diretriz 03 - Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS. A FNCPS defende as propostas do Movimento Sanitário nas últimas duas décadas, ou seja, regulamentar a EC-29, definindo percentuais a serem investidos nas três esferas de governo, principalmente a esfera federal, propõe-se um percentual de 10% do PIB para a União. Defende-se também a não incidência da DRU no setor saúde e resguarda-se a desvinculação dos gastos em saúde atrelados as ações previstas no PAC-SAÚDE.

Foi aprovado no relatório da 14ª CNS o aumento do financiamento para o SUS, exigindo a imediata regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 e a destinação de 10% da Receita Corrente Bruta para a saúde e, principalmente que estes recursos públicos sejam aplicados para ampliação da rede pública de serviços em todos os níveis de atenção à saúde, a serem investidos em medicamentos, instalações, equipamentos e assistência farmacêutica restritamente públicos; a realização de concursos públicos, a definição de pisos salariais e de planos de cargos e carreiras para os trabalhadores da saúde e melhores condições de trabalho, efetivação de serviços de saúde mental na lógica da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, rejeitando a internação compulsória e as comunidades terapêuticas, dentre várias outras propostas que visam fortalecer o SUS público e estatal com o objetivo de efetivar o direito à saúde.

A principal luta da FNCPS 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” (Bravo e Correia, 2012. P. 146). Dentre as formas de privatização encontram-se as Organizações Sociais, as Fundações Estatais de Direito Privado, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público- privadas (PPPs) consideradas novos modelos de gestão.

Segundo a FNCPS barrar esses novos modelos de gestão é um caminho estratégico para evitar a destruição do SUS. As propostas contidas na Diretriz 05 - Gestão Pública para a Saúde Pública, defendidas pela FNCPS, colocam-se na perspectiva de barrar a implantação dos novos modelos de gestão. Ressalta-se que

as propostas que continham processos de privatização não foram aprovadas. A FNCPS trabalhou arduamente durante todo o processo de realização da 14ª CNS para defender propostas contra a privatização da saúde, sendo essa diretriz a que teve maior articulação e mobilização. No entanto, o maior desafio para FNCPS é impedir que os interesses do capital privado travem a consolidação do SUS.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, criada em 2010, se configura como sujeito político coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos para transformação de uma hegemonia, sendo isso importante na disputa pelo projeto de Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade. A hegemonia hoje predominante é a do capital, expresso em financeiro, agronegócio etc., a depender da correlação de forças do próprio capital.

No cenário proposto implica numa grande luta de interesses entre o setor público e o setor privado. Evidencia-se a grande expansão do setor privado por dentro do Sistema Único de Saúde, através dos novos modelos de gestão, tais como: Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público- privadas (PPPs).

Em dois anos a Frente Nacional Contra a Privatização cresceu, criada através de cinco fóruns, na atualidade possui dezesseis, embora desses, seis estejam com problemas de organicidade (não têm realizado reuniões e não conseguem encaminhar a agenda de lutas). Dos cinco fóruns analisados todos tem como prioridade o combate às diversas formas de privatização da saúde, de forma mais atuante identificamos os fóruns do Rio de Janeiro, Alagoas e São Paulo.

A Frente vem discutindo ao longo do tempo o modelo de sua coordenação. No último seminário realizado em Maceió no período de 07 a 09 de junho de 2012, verificaram algumas tensões sobre o formato da coordenação. Ao final se tirou uma representação de cada fórum e encaminhou-se a necessidade de fazer consultas às entidades nacionais para encaminhar a sua indicação. Existem algumas entidades que entraram formalmente na coordenação da frente, mas não indicaram seu representante.

A participação de alguns intelectuais orgânicos na Frente tem sido preponderante para dar direção ao movimento numa perspectiva de reforçar os interesses públicos estatal. Esses intelectuais, vinculados a FNCPS, atuam na socialização do conhecimento na perspectiva de radicalização da democracia e a construção da vontade coletiva, visando à defesa da saúde pública articuladas às lutas por outra sociabilidade para além do capital e têm tido uma ação de resistência ao projeto hoje hegemônico nas políticas sociais, que sejam vinculados às ideologias da pós-modernidade e ao neodesenvolvimentismo.

5.1 DOCUMENTO CONTRA FATOS NÃO HÁ ARGUMENTOS QUE SUSTENTEM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL

Analisar o documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, é fundamental neste estudo, uma vez que o mesmo originou a mobilização por parte da Frente em torno dos novos modelos de gestão, ou seja, as Organizações Sociais e as OSCIPs e subsidiou a defesa oral da ADI 1923/98, na votação da mesma no Supremo Tribunal Federal (STF). Trata-se de um relatório analítico sobre as OSs nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Norte, Alagoas, Paraíba, Porto Alegre, Santa Catarina e Mato Grosso⁷⁵.

Teve como objetivo apresentar aos Ministros do Supremo Tribunal Federal fatos ocorridos nos estados e municípios brasileiros que já implantaram as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) como modelo de gestão dos serviços públicos na área da saúde, que têm trazido prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário. Segundo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2001, p.65) “não existem argumentos capazes de sustentar a defesa jurídica ou econômica das organizações, principalmente na gestão dos serviços de saúde. Eles atestam a necessidade dos Ministros do Supremo Tribunal Federal julgarem procedentes os pedidos de inconstitucionalidade formulados no âmbito da ADI 1.923/98”.

O referido documento demonstra como o fundo público tem sido apropriado de forma lesiva pelos denominados novos modelos de gestão, principalmente,

⁷⁵ O documento foi organizado inicialmente pela “Frente Nacional pela procedência da ADI 1.923/98 e Contra as Organizações Sociais (OSs)”. Posteriormente atualizado em 2011 pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

através das OSs. Nas experiências analisadas pela FNCPS deixa claro que vários órgãos de fiscalização, tais como os Tribunais de Contas, a Controladoria Geral da União, a Receita Federal e o Ministério Público têm realizado ações civis públicas e auditorias nas OSs.

A FNCPS analisou os fatos elencados baseados em depoimentos de usuários e trabalhadores dos serviços das OSs e em pesquisa na imprensa que noticia a realidade desses serviços, a situação dos trabalhadores e as diversas fraudes que envolveram grande quantia de recursos públicos, em prejuízo da Administração Pública.

Tal discussão, como já nos referimos, passa a ser fundamental na disputa de interesses pelo fundo público. Segundo Salvador (2010), o capital parasitário utiliza-se dos mais variados mecanismos para capturar os recursos que por direito deveriam destinar-se tão somente à melhoria das condições de vida da classe trabalhadora, já que são em sua grande maioria extraídos dessa mesma classe.

Às OSs são regidas pelo contrato de gestão, no qual ficam acertadas metas de desempenho e condições para atingirem-se os resultados planejados. O governo repassa os recursos mediante o cumprimento das metas. Além dos recursos, são cedidos também servidores e todo o patrimônio do órgão extinto, através da permissão, concessão ou cessão de uso. Além disso, a Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais garante a essas a aquisição de bens e serviços sem a emissão de licitações e as mesmas não necessitam prestar contas a órgãos internos e externos da administração pública, “porque essas são atribuições do Conselho Administrativo gerido da forma que as OSs acharem cabíveis. Isto tem aberto precedentes para o desvio do erário. Deste modo, sem haver fiscalização, o desvio de recursos públicos tem ocorrido de forma mais intensa nos estados e municípios em que esse modelo de gestão já foi implantado” (FRENTE, 2011, p.65).

A FNCPS ao se colocar contrária aos novos modelos de gestão resgata uma das principais bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária, ou seja, “saúde não é mercadoria”. Na contemporaneidade Correia (2011, p. 43-44) assevera:

está em curso uma tendência crescente de repasse do fundo público para o setor privado. Como já vimos anteriormente, essa tendência foi explicitada em 1995, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de

Estado do governo Fernando Henrique Cardoso que tinha como princípio que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o setor público não estatal que na realidade é privado. No Plano Diretor da Reforma do Estado- idealizado por Bresser Pereira - denominado de programa de “publicização” foi proposto o repasse de serviços, antes de responsabilidade do Estado, para entidades de direito privado executá-los, mediante o repasse de recursos públicos.

Tais aspectos se expressaram na criação das Agências Executivas e das Organizações Sociais, bem como da regulamentação do terceiro setor para a execução de políticas públicas. Esta última estabeleceu um termo de parcerias com ONGs e Instituições Filantrópicas para a implantação das políticas. A essa nova arquitetura institucional na área social – sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade – se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizou a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário não remunerado.

Outro aspecto importante a ressaltar foi à separação entre formulação e execução das políticas sociais, de modo que o núcleo duro do Estado as elaboraria, a partir da sua capacidade técnica, e as agências autônomas as implantariam. De acordo com Behring (2008, p.47) “trata-se aqui de uma inspiração liberal de primeira hora: o medo da política como loucura dos homens”, como dizia Smith, e a necessidade de isolamento diante das pressões, transformando-as em questões de natureza técnica. Essa tendência tem consequências quanto à relação entre formulação de políticas públicas e consolidação democrática.

Behring e Boschetti (2007, p.155) ao analisar os impactos das reformas para as políticas sociais referem:

[...] a reforma, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o boom da dívida pública. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria à reforma – acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. Isso ocorreu vis-à-vis um crescimento da demanda social, associado ao aumento do desemprego e da pobreza, aprofundados pela macroeconomia do Plano Real.

Tal racionalidade se mantém nos governos Lula e Dilma, embora sejam governos que têm aderido à ideologia neodesenvolvimentista, mas é uma forma de modernização conservadora.

No estudo analítico realizado pela FNCPS (2010/2011), que se refere às experiências de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Norte, Alagoas, Paraíba, Porto Alegre, Santa Catarina e Mato Grosso, identifica-se que a experiência de São Paulo foi a que teve maiores elementos de análise, face ao estado de São Paulo ter adotado as Organizações Sociais há mais tempo que as outras experiências⁷⁶. No estado do Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Norte as experiências são mais recentes, portanto, há necessidade da FNCPS dar continuidade aos estudos analíticos. Algumas experiências, inclusive, já avançaram nesse processo, uma vez que, foram implantadas as Fundações Estatais de Direito Privado na Bahia⁷⁷. Esses estudos, tem a perspectiva de convencer os ministros do Supremo Tribunal Federal com relação a ADI 1.923/98, assim como, procuradores e promotores de justiça, a fim de ajuizar ações civis públicas nesse processo de privatização da saúde em curso.

O estudo analítico foi relevante, uma vez que constatou nas experiências referidas dos novos modelos de gestão: fraude nas compras de medicamentos e equipamentos; entidades que possuíam outras atividades fins que passam a gerir os serviços de saúde; frágil sistema de fiscalização e controle; aumento do assédio moral dos trabalhadores; flexibilização e precarização das relações de trabalho; desvio dos recursos públicos e; terceirização da Atenção Básica de Saúde.⁷⁸

Biondi (1999) ao analisar os processos de privatização no Brasil demonstra como o Estado brasileiro se retirou das suas funções produtivas. Alguns argumentos centrais estiveram presentes como justificativa dos processos de privatização: atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a

⁷⁶ Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998. Dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais. No âmbito do estado de São Paulo.

⁷⁷ Existem outros modelos de gestão, tal como as fundações estatais de direito privado que merecem atenção. Foram implantadas durante o governo do PT, no mandato de Jacques Wagner.

⁷⁸ A Clínica da Família no Rio de Janeiro integra o Programa Saúde da Família e o de Saúde Bucal todas as implantadas estão com a gestão de Organizações Sociais. A primeira Clínica da Família foi inaugurada em 2009 e a meta era chegar até o final de 2012 com 70. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro conseguiu inaugurar 68.

eficiência econômica das empresas que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado.

Na análise de Salvador (2010, p. 60) “os interesses dentro do Estado capitalista são privados e, a partir de década de 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro. A proposta neoliberal inclui a passagem da proteção social para o mercado, transformando benefícios da seguridade social em novos produtos da especulação financeira.” Mesmo no ideário neodesenvolvimentista como os governos Lula e Dilma, ocorrem às parcerias público-privadas e os novos modelos de gestão. Esses são movimentos que mostram que o fundo público tem um papel estrutural no circuito do valor, atuando permanente e visceralmente na reprodução ampliada do capital.

Granemann (2011) ressalta que ao subverter a forma institucional do Estado o mito dos novos modelos de gestão absorve a ossatura material dos interesses do mercado porque ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais. O fetiche da iniciativa privada aplicado ao Estado tem o mérito de ocultar a essência dos processos que o Estado deseja legitimar. Os novos modelos de gestão, através das OSs, OSCIPS, Fundação Estatal de Direito Privado e EBSEPH, são formas atualizadas das parcerias público-privadas.

A FNCPS entende que as questões ressaltadas como problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através dos novos modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. “Isso implica na necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo” (FRENTE, 2011, p. 74).

A FNCPS, sujeito político coletivo, tem como principal bandeira de luta barrar esses processos de privatização, uma vez que, existe uma tendência crescente da alocação do fundo público da saúde na rede privada conveniada. Essa tendência tem ocorrido por dentro do SUS, através da compra de serviços privados pela rede

pública por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos nos próprios serviços públicos estatais, estruturando-os, qualificando-os e ampliando-os.

Em 2011 o processo de privatização avança com a Lei 12.550/11 assinada pela presidente Dilma Rousseff que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. No Art. 3º define que a “EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do Art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.” (Brasil, 2011, p. 01). No entanto, fica ao critério dos Conselhos Universitários decidirem se aderem ou não a esse modelo de gestão.

A Frente articulou junto ao Conselho Nacional de Saúde uma Moção que repudia a implantação desse modelo de gestão nos HUs aprovada na Reunião do CNS em 06 de outubro de 2011.

A Frente formulou um abaixo-assinado contrário a EBSEH que conta até o momento com 4800 assinaturas. Os prejuízos elencados pela Frente acerca da EBSEH são:

- 1) É uma afronta ao caráter público dos HUs e à sua característica nata de instituição de ensino vinculada às universidades públicas;
- 2) Negligência à autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição de 1988;
- 3) É um risco para a independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HUs;
- 4) É uma forma de precarização, porque flexibiliza os vínculos de trabalho com o fim dos concursos públicos nos HUs;
- 5) Representa prejuízo para a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos hospitais-escola, pois os serviços se tornariam menos eficientes e seu acesso menos democrático e;
- 6) Representa um risco de dilapidação dos bens públicos da União, ao transferi-los a uma empresa de direito privado (FRENTE, 2012).

Em 2012 a frente retornou ao CNS que deliberou sobre uma resolução contrária a EBSEH, mas até o presente momento, o presidente do CNS, que é o

Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, não homologou a referida resolução, apesar de ter havido cobranças em plenário para que o fizesse.

5.2 A AGENDA PARA A SAÚDE

Durante a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde a FNCPS lança a cartilha “Em Defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade,” apresentando uma agenda com cinco diretrizes, que se contrapõe à Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil.

Analisaremos a Agenda da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde à luz do Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde que define as premissas para a Reforma Sanitária Brasileira.

As cinco diretrizes priorizadas pela FNCPS (2011) são: 1) Determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; 2) Gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; 3) Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; 4) Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e; 5) Efetivação do Controle Social.

No que se refere à primeira diretriz, a determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais, a FNCPS (2011, p. 73):

Aponta a necessidade de resgatar o conceito de determinação social do processo saúde e doença tal como o Movimento de Reforma Sanitária. Isto vai implicar em inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, com prospecção socialista sem perder de vistas as mediações desse processo no cotidiano das práticas de saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde relaciona o processo saúde e doença ao desenvolvimento das forças produtivas e às relações de exploração que existem na sociedade. Apresenta consonância com as premissas da FNCPS, que se contrapõe à tendência de análise da determinação social como diminuição das iniquidades em saúde, expressa no Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes em Saúde de 2008.

A FNCPS (2011, p.06-10) aponta alguns problemas que implicam em dificuldades para a implantação do SUS, sendo esses:

- 1) Redução dos princípios ético-políticos do Projeto de Reforma Sanitária, o que restringe a possibilidade de enfrentamento efetivo das desigualdades sociais;
- 2) Manutenção do quadro de ampla desigualdade social das condições de vida e saúde;
- 3) A subordinação das políticas públicas, sobretudo as sociais, à lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro, restringindo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado;
- 4) Não viabilização da Seguridade Social inscrita na Constituição Federal de 1988, que propõe uma proteção social universal, democrática e participativa;
- 5) Falta de articulação entre as três esferas de governo no que tange aos objetivos e diretrizes para as políticas de proteção social.

No Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) ficava evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado chamar de Reforma Sanitária. A saúde é antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (RELATÓRIO da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Tomando por base as proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a FNCPS (2011, p. 74), apresenta:

- Articulação da Reforma Sanitária a um projeto de transformação social de radicalização da democracia com real deslocamento do poder em direção

às classes trabalhadoras, valorizando o conceito de consciência sanitária⁷⁹;

- Concepção de saúde, enquanto dimensão essencial à vida, que considera os seus determinantes sociais e econômicos;
- Articulação e apoio às lutas vinculadas às condições concretas de saúde dos trabalhadores, como trabalho, educação, moradia, transporte, reforma agrária, entre outros;
- Defender o serviço de saúde como serviço de relevância pública, não se constituindo como objeto de transação no mercado;
- Mudanças da política macroeconômica com a definição de uma política que garanta os direitos sociais. A FNCPS (2011, p. 74), aponta alguns mecanismos entre os quais:
 - 1) Suspensão do pagamento da dívida e pela auditoria da mesma;
 - 2) Apoio à campanha “A dívida não acabou e quem está pagando é você!”;
 - 3) Regulamentação do imposto sobre as grandes fortunas, como fonte para a seguridade social;
 - 4) Contra a proposta de reforma tributária do governo. Por uma reforma tributária progressiva com manutenção do Orçamento da Seguridade Social e suas fontes específicas;
 - 5) Aplicação da CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido) para as instituições financeiras;
 - 6) Defesa da seguridade social, possibilitando políticas sociais intersetoriais que assegurem os direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social;
 - 7) Convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social e recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social;

Diante das proposições da FNCPS e ao fazermos correlação com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual enfatiza que o direito a saúde não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional, há simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de

⁷⁹ De acordo com Berlinguer (1978), consciência sanitária é a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo.

saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. “Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população”. (Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 04). Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Também foi enfatizado que as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

A Lei 8.080/90 expõe no Art. 2º “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O parágrafo primeiro traduz melhor a concepção do “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei 8.080/90, p. 10).

A segunda diretriz da agenda da saúde - gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde. Contrapõe-se a tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento do setor privado, seja através da compra de serviços privados pela rede pública, por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos, seja através do repasse da gestão, patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas, como os denominados novos modelos de gestão.

A FNCPS (2011) entende que os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através dos novos modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Dentre os principais problemas apontados pela FNCPS (2011, p. 74) nessa diretriz, são:

- 1) Gastos públicos influenciados pela lógica do mercado e modelos gerenciais privatizantes;
- 2) Ampliação de serviços de saúde privados, e inserção de elementos de co-pagamentos dentro do sistema público de saúde;
- 3) Transferência para o setor privado de atividades de interesse público, através de privatizações e terceirizações, entre outros mecanismos;
- 4) Introdução de mecanismos de competição dentro do setor público, com critérios de mercado;
- 5) Incorporação tecnológica indiscriminada e mercantilizada no Sistema Único de Saúde;
- 6) Dependência de preços elevados para o setor público, de equipamentos, medicamentos e insumos estratégicos para a saúde.

A partir dos problemas elencados a FNCPs (2011, p. 75), apresenta as seguintes propostas na perspectiva de reverter as tendências acima expostas:

- Defesa dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, intersectorialidade, participação social e descentralização;
- Aprimoramento do modelo de financiamento do SUS através das seguintes medidas:
 - a. Financiamento que retome os princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social;
 - b. Defesa de aplicação, no mínimo, de 6%⁸⁰ do PIB para a saúde pública, garantindo a universalidade das ações e serviços de saúde;
 - c. Extinção da renúncia fiscal para pessoa jurídica que presta assistência médica aos seus funcionários;
 - d. Acabar com a transferência de recursos públicos para o setor privado. Recurso público para o serviço público estatal;

⁸⁰ O gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse o nível desses países, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB que em 2011 passou para 3.8%. Para equiparar à média dos países europeus, tais como: Reino Unido, Canadá, França e Espanha. (Mendes, 2012, p. 11).

- e. Rejeição da manutenção da DRU (Desvinculação das Receitas da União de 20% dos recursos destinados aos setores sociais);
 - f. Regulamentação da Emenda Constitucional 29, que estabelece critérios para financiamento dos serviços de saúde, integrado aos da Seguridade Social, assim, compatíveis com as necessidades sociais. Nos percentuais exigir que a União aplique em ações e serviços de saúde, no mínimo, 10%⁸¹ da corrente bruta e compromisso dos Estados aplicarem, no mínimo 12% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais para a saúde.
 - g. Eliminar o limite da LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) para despesa com pessoal na saúde.
- Ampliação do desenvolvimento tecnológico e inovação em equipamentos, insumos, métodos e processos de saúde pública, fortalecendo a capacidade reguladora estatal e social.
 - Fortalecimento do parque tecnológico público de produção de medicamentos e insumos em saúde, e do marco regulatório sobre as indústrias privadas, nacionais e multinacionais.
 - Ampliação da ação regulatória do Estado na iniciativa privada através dos mecanismos:
 - 1. Aumento do controle sobre a rede privada de prestação de serviços e garantia de que esta seja complementar ao setor público.
 - 2. Extinção de isenções fiscais para operadores e prestadores privados de serviços, planos e seguros.
 - 3. Abolir a renúncia fiscal para gastos com planos, seguros, aposentadoria privada e gastos com educação para pessoa jurídica.
 - Revisão dos modelos de gestão burocratizados, clientelistas e terceirizados para uma gestão pública com participação dos diversos sujeitos sociais, tendo como estratégias:

⁸¹ Percentual que se encontrava no Senado (PLS 127/2007) e não aprovado na versão original.

1. Democratizar as instituições de saúde (criação de conselhos gestores e colegiado de gestão).
2. Desmontar a lógica vertical e fragmentada das instituições de saúde.
3. Garantir a transparência da gestão e do controle dos gastos.
4. Romper com o isolamento no setor saúde através da criação de novos canais com políticas setoriais, infraestruturais, e com outras instâncias e poderes (sociedade, academia, poderes judiciário e legislativo)
5. Investimento para a formação do novo gestor (critérios para este gestor: não ser indicado e sim eleito, ter responsabilidade sanitária e com gestão participativa, ser servidor público concursado).

O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) já chamava atenção para a necessidade de uma reforma tributária que eliminasse o caráter de regressividade do financiamento da saúde; a necessidade de estabelecer fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas; o governo federal assegurar a capacidade de reduzir as desigualdades regionais; eliminar as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação; rever critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde. O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p.19) expõe,

que deve ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Os fundos de saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.

Fica claro que as propostas apresentadas pela FNCPS (2011) estão em consonância com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). No entanto, temos que analisar o que vem ocorrendo com o financiamento da saúde na atualidade.

Um dos aspectos a ser considerado é que apesar da EC-29 ter trazido muitas expectativas para a sua regulamentação pelo menos nos últimos 10 anos, no entanto não se conseguiu que a União se comprometesse com um percentual fixo

do financiamento. Essa responsabilidade em termos de definir um percentual ficou com os estados e municípios. Além do fato de que boa parte dos recursos do SUS financiam através dos processos de terceirização, o setor privado.

Tal tendência tem aumentado significativamente, o que vai de encontro quando o SUS foi formulado que previa “que o principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor” (Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986). Inclusive chegava-se a prever para “garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público” (Idem, 1986, p. 12).

No dia 16 de janeiro de 2012 foi publicado no Diário Oficial da União a Lei Complementar 141/2012 (LC 141), que regulamenta os gastos em saúde. A norma regulamenta a chamada "Emenda 29" - mudança constitucional aprovada em 2000 que previa os gastos mínimos - ao descrever como será feita a aplicação dos recursos. A proposta da lei, que tramitava há mais de 10 anos no Congresso, foi aprovada em definitivo pelo Senado em dezembro de 2011.

O texto encaminhado pelo Congresso sofreu 15 vetos da Presidência. Entre os cortes, dois se relacionavam à Contribuição Social sobre a Saúde (CSS), um novo tributo cujos recursos seriam destinados à área, mas cuja cobrança já havia sido derrubada na Câmara e no Senado.

Outro veto diz respeito aos recursos que a União deve aplicar anualmente na saúde. Pelo texto aprovado, o governo federal deve investir o montante do ano anterior acrescido da variação percentual do Produto Interno Bruto (PIB), que mede o crescimento da economia.

O veto presidencial impede que uma eventual revisão para cima nesse percentual obrigue o governo a aplicar créditos adicionais para ajustar o valor. Na justificativa do veto, a presidente Dilma Rousseff argumentou que o PIB "apurado a cada ano passa por revisões periódicas nos anos seguintes, conforme metodologia específica, de modo que a necessidade de constante alteração nos valores a serem

destinados à saúde pela União pode gerar instabilidade na gestão fiscal e orçamentária".

Existia a expectativa do Movimento Sanitário e da FNCPS da aplicação de um percentual mínimo de 10% do PIB com gastos em Saúde. Vale a pena ressaltar que a Emenda Constitucional aprovada no Senado três dias após o término da 14ª Conferência Nacional de Saúde não seguiu as suas deliberações de aplicar 10% da receita corrente bruta para a saúde pela união⁸². Os parlamentares vinculados ao governo negociaram e venceram manter a mesma base de cálculo do piso nacional da saúde que hoje representa cerca de 7% da receita bruta do governo federal. Com esta proposta aprovada, a saúde perde R\$ 30 bilhões.

Outro aspecto a considerar é a expectativa de que a população pudesse fazer o controle dos recursos públicos. As experiências brasileiras têm demonstrado incipiência e fragilidade nesse controle⁸³, através das instâncias de deliberação das políticas de saúde que são os conselhos de saúde. Os estudos têm apontados várias dificuldades dos conselheiros para tratar sobre temas como orçamento e financiamento, muitas vezes, não conseguem apreender os relatórios apresentados pela gestão, em suas diversas esferas (CORREIA, 2005).

As propostas da FNCPS no que se refere à Gestão e financiamento da rede pública estatal de saúde têm consonância com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde na perspectiva de fortalecer e também de garantir mais recursos para a saúde.

A terceira diretriz trata sobre Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade. Nesse aspecto a FNCPS (2011) defende o modelo assistencial previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônico.

⁸² Foi aprovado na conferência o aumento do financiamento para o SUS, exigindo a regulamentação da EC-29 e a destinação de 10% da receita corrente bruta para a saúde e, principalmente que estes recursos públicos sejam aplicados para ampliação da rede pública de serviços em todos os níveis de atenção à saúde.

⁸³ Bravo e Correia (2012); Silva; Aparecida; Melo (2007); Cortes (2008); Raichelis (2007).

A FNCPS (2011, p. 09) aponta alguns problemas que impedem a implantação efetiva do modelo assistencial constitucional, entre esses se destacam:

1. Modelo de atenção à saúde centrado na doença e focalizado, em detrimento das políticas de promoção e prevenção da saúde;
2. Incorporação tecnológica orientada pelas estratégias competitivas das indústrias lucrativas da saúde e não pelas necessidades da população;
3. Modelos de gestão burocráticos e verticalizados na organização dos processos de trabalho;
4. Estabelecimento de metas que não atendem à demanda da população;
5. Dificuldades de acesso universalizado e equânime aos serviços, insumos e medicamentos.

Diante de tais problemas a FNCPS (2011, p. 09) apresenta como propostas para reversão dessa tendência:

- Adoção do modelo assistencial centrado no cidadão de direitos. Ter como princípios a participação dos usuários no processo de promoção, prevenção e recuperação. Ampliar o acesso à atenção primária e nos demais níveis do sistema. Incrementar ações que possibilitem uma maior humanização⁸⁴, qualidade dos serviços e satisfação dos usuários;
- Implementação de um Modelo de Atenção à Saúde baseado nas necessidades de saúde e na perspectiva de atuação intersetorial;
- Desburocratização das instâncias de negociação consensuada (comissões intergestoras), ampliando o caráter técnico e político, a transparência e o controle social;
- Avaliação tecnológica com transparência e prestação de contas à sociedade.

No Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p.06-07) aponta-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. Entre os motivos

⁸⁴ O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. (CFESS, 2009, p.50).

expostos para tal situação enfatiza-se: não prioridade pelos governos anteriores no setor social, neste incluída a saúde; vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral, não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde; debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor; falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população; privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica; controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais. Ainda o referido relatório ressalta que o Estado tem como responsabilidade a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida.

Ao fazermos uma análise da Agenda da Saúde em relação ao Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) identifica-se consonância das propostas na perspectiva de que o Estado efetive o direito à saúde. Entretanto, isso, apenas é possível se houver uma mudança do modelo assistencial. O modelo que prevalece em 2012 enfoca algumas prioridades, tais como: controle do câncer do colo uterino e de mama; saúde do idoso; mortalidade infantil; doenças emergentes e endêmicas (especialmente dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); promoção da saúde e; atenção básica. Além de exigir metas, nem sempre condizentes com o perfil epidemiológico local. Essas prioridades estão expressas no Pacto pela Vida, que consiste na pactuação “entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população” (BRASIL, 2007, p.02) Tais aspectos têm consonância com as diretrizes dos organismos internacionais que elaboraram um documento para o Brasil.⁸⁵

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986). Foi um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária

⁸⁵ Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade da gestão pública e gestão de recursos (RELATÓRIO do BANCO MUNDIAL, 2007).

Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O Relatório Final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

No entanto, o Movimento da Reforma Sanitária não priorizou nas décadas de 1970, 1980 e 1990 o debate sobre a promoção da saúde. Afirmamos que esse debate ocorre de forma tangencial, através da ampliação do conceito de saúde e posteriormente com o princípio da intersetorialidade nas discussões das políticas de saúde. No que se refere ao Controle Social, a ênfase a esse princípio foi dada principalmente nos relatórios das 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde.

Fica claro com o acima exposto que a discussão sobre a promoção da saúde ocorre de forma incipiente, através da mudança da concepção do processo saúde/doença, explícito no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente com a promulgação da Constituição de 1988 (Brasil, 2006, p. 07) que no Art. 196 explicitou “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e; a regulamentação da Lei. 8.080/90 e Lei 8.142/90, que reafirmam a concepção ampliada de saúde e participação da comunidade enquanto princípio e diretriz.

A análise do processo saúde/doença evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem as determinações sociais mais amplas desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade nos sintomas. No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário da população aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que propiciem a promoção da saúde na perspectiva

da determinação social. No entanto, esse entendimento não é homogêneo nem para os gestores, trabalhadores em saúde e usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

No que diz respeito à diretriz 04 que aborda a política de valorização do trabalhador da saúde a FNCPS ressalta que a precarização do trabalho em saúde tem um forte rebatimento na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS, visto que os serviços de saúde não se realizam sem o trabalho humano. A FNCPS (2011, p.09), ressalta alguns problemas que necessitam ser revertidos para a existência de condições dignas de trabalho, sendo esses:

1. Precarização do trabalho, terceirização dos trabalhadores da saúde, e ausência de incentivo ao profissional;
2. Processo de trabalho desarticulado, dificultando a participação consciente e crítica, desestimulando a responsabilidade, e inibindo o exercício da criatividade;
3. Baixos salários e ausência de incentivos relacionados à carreira dentro do setor estatal;
4. Ausência de política de garantia de oferta de profissionais de saúde em regiões distantes e periferias de grandes metrópoles.

No sentido de garantir avanços na construção de uma Política de Valorização do Trabalhador da Saúde, a FNCPS (2011, p. 76) propõe:

1. Avançar na gestão do trabalho em saúde, tendo como foco a ampliação da estabilidade, do vínculo, da satisfação e do compromisso dos trabalhadores com o Sistema Único de Saúde. Para tanto, necessário se faz:
 - i. Remuneração e incentivos (Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS) sem os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a realização de concursos públicos;
 - ii. Organização do processo de trabalho (ênfase no trabalho interdisciplinar, participação dos trabalhadores na gestão, melhoria das condições de trabalho e cuidado com a saúde do trabalhador);
 - iii. Educação permanente dos trabalhadores de saúde com a participação dos mesmos no processo de articulação entre as unidades de formação e os serviços;

- iv. Redução das iniquidades na alocação e fixação dos trabalhadores entre as regiões do país;
- 2. Implementação de uma política de recursos humanos que considere a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, a estabilidade do trabalho, os Planos de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores de saúde e qualificação profissional;
- 3. Estabelecimento de diretrizes para a formação em saúde voltada para o interesse público, reorientação dos currículos de ensino para as profissões de saúde, estabelecer critérios para os novos cursos na área da saúde. Defesa do ensino público, gratuito e de qualidade.

Ao fazer análise da agenda da saúde da FNCPS (2011) no que diz respeito à política de valorização do trabalhador da saúde, relacionando-a com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Este último afirma:

a política de recursos humanos, ressalta a necessidade de haver uma remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários; capacitação e reciclagem permanentes; admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial; compromisso dos servidores com os usuários; cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado; e incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado (BRASIL, 1986,p.11).

A quarta diretriz apresentada pela FNCPS (2011) trata de um aspecto fundamental que é a política de valorização do trabalhador da saúde. No entanto, desde a criação do SUS pouco se avançou nessa discussão, uma vez que não se conseguiu a implantação efetiva dos PCCS nas três esferas de gestão. Os processos de precarização e flexibilização das relações de trabalho se agravaram. Com a implantação dos novos modelos de gestão, essa situação se deteriorou, uma vez que os vínculos precários aumentaram através da terceirização. Algumas

reportagens apontam o aumento do assédio moral⁸⁶, além de fragilizar o atendimento aos usuários e a não formação adequada dos trabalhadores da saúde.

As propostas da Agenda da Saúde da FNCPS (2011) têm consonância com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e avançam na avaliação e nas proposituras, uma vez que esse foi um dos aspectos em que pouco se avançou na construção efetiva do SUS.

A quinta e última diretriz da Agenda da Saúde visa fortalecer a efetivação do Controle Social não apenas nos canais institucionais de participação institucionalizados, mas vai além quando defende a necessidade de “controlar o Controle Social Democrático”. Aponta-se como principal problema o não cumprimento das deliberações dos conselhos e as avaliações e formulações das conferências de saúde. Um dos aspectos enfocados

é que a experiência recente dos fóruns estaduais de saúde e da FNCPS tem aberto a possibilidade de fortalecer também espaços não institucionais de controle social, bem como fortalecer os usuários e trabalhadores da saúde nas suas lutas nos conselhos. O principal nesse processo é a autonomia e independência dos movimentos sociais e sindicais perante qualquer gestão e a firmeza na defesa do SUS público, estatal e de qualidade (FRENTE, p. 76).

Dentre as principais propostas apresentadas pela FNCPS (2011, p.10) se destacam:

- a) Fortalecimento do Controle Social na Saúde articulado com os movimentos sociais;
- b) Ampliação da gestão participativa e da regulação externa e democrática do sistema público de saúde, articulando com o Ministério Público e outros órgãos/instâncias de representação popular não ligados diretamente à saúde;

⁸⁶ Caros Amigos: a primeira à esquerda, ano XV n.º 179, 2012.

- c) Fortalecimento da autonomia e independência dos movimentos sociais nos espaços de controle social, perante a gestão do SUS, nas três esferas de governo;
- d) Incentivo à criação de espaços autônomos de controle social como os Fóruns de Saúde nos estados e seus núcleos nos municípios;
- e) Articular os conselhos de saúde com os das demais políticas sociais, formando uma agenda única para o enfrentamento da questão social.

A FNCPS (2011) nessa diretriz apresenta as dificuldades do exercício do Controle Social na experiência brasileira. Propõe estratégias de fortalecimento do “controle social democrático” institucional, mas ao tempo ressalta a necessidade de haver outras formas de controle social que articulem os movimentos autônomos, tais como os fóruns de saúde e a FNCPS, na perspectiva de pressionar os espaços institucionais de participação popular, para que estes estejam organizados com os movimentos sociais e as suas principais reivindicações.

O Controle Social Democrático interpretado a partir do conceito de sociedade civil em Gramsci (2003) requer desmistificar a aparente homogeneização desta como portadora de interesses universais, colocando como eixo de análise os antagonismos de classe que a atravessam e que são próprios das relações sociais de produção capitalista (CORREIA, 2005).

A partir desta última acepção, analisando os conselhos deliberativos, observa-se que neles existem tensões que se expressam na presença de diferentes interesses de classes, para dar rumo às políticas públicas. Não são espaços neutros, nem homogêneos, são contraditórios, pois neles existem o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses das classes dominantes ou subalternas, lá representados.

Isso quer dizer que o Controle Social é uma possibilidade neste espaço, a depender da correlação de forças dentro dos mesmos que, por sua vez, é resultante da correlação de forças existente no conjunto da sociedade civil. Um fator determinante para que, no âmbito dos conselhos, haja algum controle social na perspectiva das classes subalternas é a organização dos segmentos que a

compõem em torno de um projeto comum para a sociedade a partir da construção de uma vontade coletiva, obtendo desta forma um posicionamento em bloco mais efetivo dentro dos mesmos, ampliando seu poder de intervenção (CORREIA, 2005).

Nesta perspectiva, para Bravo (2006, p.93) “os conselhos não podem ser supervalorizados, nem subvalorizados”. São fundamentais para a socialização da informação e a formulação de políticas sociais, mas têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país.

A repolitização da política cria obstáculos concretos aos projetos sociais contestadores das relações capitalistas de produção e limita as possibilidades de mudanças aos marcos de um reformismo político. A repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais populares (FONTES, 2006) e da valorização da participação popular colaboracionista (NEVES, 2008, p. 05):

Com relação à participação social, segundo Moroni (2009) houve a ampliação de canais de participação, mas também houve um desrespeito à autonomia da sociedade civil. Na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados quem determina a representação da sociedade é o governo. O que se constata é que ocorre uma multiplicidade de espaços de interlocução, mas não há uma política de fortalecimento do sistema descentralizado e participativo e, muito menos, ampliação dos processos democráticos. A participação ficou reduzida à estratégia de governabilidade.

Os espaços institucionais de controle social, tais como os conselhos e conferências de saúde, não são os espaços únicos ou exclusivos, mas importantes para serem ocupados pela sociedade civil organizada e comprometida com as transformações políticas, econômicas e sociais. Esses mecanismos de participação democrática são limitados para operar essas transformações, mas são estratégicos e podem provocar mudanças substantivas na relação Estado/sociedade. Os conselhos e conferências de saúde podem contribuir com a construção de uma cultura política que fortaleça uma nova hegemonia ao impor a socialização da política e a democratização social com agendas permanentes e prioritárias de luta.

Bravo (2006, p.95) aponta algumas tendências do controle social democrático ao analisar os conselhos de saúde, entre as quais se destacam as seguintes: 1) os conselhos têm sido percebidos como espaço consensual, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Essa concepção pautada

em Habermas e nos neo-habermasianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político para viabilizar os conselhos a partir de seus interesses; 2) a concepção dos conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Esta perspectiva também não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes. Influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal representante é Althusser, essa posição não acredita no potencial dos conselhos e seus adeptos têm defendido a saída das entidades desses espaços; 3) a posição que não aceita este espaço, ou seja, questiona a democracia de base, participativa, e defende apenas a democracia representativa. Esta concepção política neoconservadora é assumida por alguns representantes governamentais, mas também tem respaldo na produção intelectual de cientistas políticos dedicados à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas.

Carlos Estevão Martins (1994), quando analisa os canais de participação de diferentes sujeitos nas decisões governamentais, pelos conselhos considera que os mesmos são incompatíveis com a democracia representativa e também, Avritzer (2008, p.02) questiona se a proliferação de formas de representação não é uma distorção do próprio funcionamento da representação ou seria um caso entre muitos outros que tem servido para reelaborar a própria noção de representação. Para este autor à “medida que o envolvimento da sociedade civil nas políticas sociais aumentou, um problema tornou-se inescapável: o surgimento de novas formas de representação ligadas a ela; 4) a posição, que concebe os conselhos enquanto espaços contraditórios pautando-se em Gramsci, permite fazer uma análise frente aos impasses com a organização social existente a partir da década de 1990.

Nessa última perspectiva, Correia, 2005, p.73 assevera:

os conselhos são espaços contraditórios, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, como também podem ser espaços de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia. Vão legitimar ou reverter o que está posto [...] Existem dificuldades para o exercício do controle social democrático na referida perspectiva, como: a fragilidade no nível de organização dos movimentos populares e sindicais; a pouca consciência de classe (momento meramente “econômico-corporativo” ou “egoístico-

passional”) dos mesmos; a cultura política de submissão arraigada na população brasileira; a baixa representatividade e consequente falta de legitimidade dos representantes, pela pouca organicidade com sua base, além da desinformação generalizada, entre outros.

Ressaltamos que a concepção que visualiza os conselhos enquanto espaços contraditórios ou arenas de conflitos em que diferentes projetos estão em disputa está pautada em Gramsci e nos neogramscianos. No entanto, esta concepção não é hegemônica nas pesquisas existentes na área de saúde na atualidade. As visões que se contrapõem ao referencial gramsciano têm tido um impacto significativo acerca do papel político dos conselhos e conferências, sua efetividade e nas situações mais extremadas que não deve se dar mais importância a esses espaços. Tal visão tem tido um impacto significativo na relação entre Estado/sociedade.

Ressaltamos o posicionamento da FNCPs (2011) que a defesa da saúde, como melhores condições de vida e trabalho, tem que ser fruto da luta unificada dos segmentos das classes dominadas, articulada com os conselhos, movimentos sociais, partidos políticos e outros, para avançar na radicalização da democracia social, econômica e política.

De acordo com Gramsci (2000b), nas condições políticas de uma crescente intervenção do Estado na sociedade civil e do reformismo como resposta às demandas feitas na arena política (quando sindicatos e partidos políticos se organizam e quando a economia transforma-se no chamado capitalismo organizado), a forma de hegemonia muda e a burguesia se engaja no que se chama de revolução passiva. Assim, a base material da hegemonia é constituída mediante reformas ou concessões graças às quais se mantém a liderança de uma classe, mas pelas quais outras classes têm certas exigências atendidas. A classe que lidera ou classe hegemônica é, assim, verdadeiramente política porque vai além de seus interesses econômicos imediatos (pelos quais pode até ter lutado na arena política) para representar o avanço universal da sociedade.

O surgimento da FNCPs e dos Fóruns de Saúde são vistos como novos mecanismos de controle democrático (Bravo e Correia, 2012) e novos sujeitos políticos coletivos em disputa pela hegemonia, no sentido de exercerem pressão além do espaço institucional do Estado, mas essas lutas ocorrem na sociedade civil, no sentido gramsciano, no sentido de disputa de interesses e de projetos. A luta

contra a privatização da saúde passa pela disputa de interesses, projetos e do fundo público, ou seja, componentes vitais ao capitalismo. A perspectiva da Frente é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando-as em nível nacional.

Para tanto, se faz necessário entender a trajetória dos fóruns de saúde mais antigos, que têm dado a direção política da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

5.3 FÓRUM DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, foi criado em 2005, incentivado inicialmente através da realização de Seminários de Gestão Participativa em todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro e no dia 16 de dezembro de 2005 com o seminário estadual. Foram elaborados Cadernos de Saúde de todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro sobre a situação de saúde, da participação social e agenda de luta. Essa articulação proporcionou um Ato Político contra as Fundações Estatais de Direito Privado e em Defesa da Saúde Pública, considerada a principal ação de resistência articulada e organizada conjuntamente pelas entidades que compunham o Fórum. Esse ato foi realizado no dia 7 de abril de 2008, na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro - ALERJ, contou com a participação de cerca de seiscentos representantes de diversas forças políticas.

Esse ato realizado no dia em que se comemora o Dia Mundial da Saúde resultou na aprovação do “Manifesto em Defesa do Direito à Vida, à Saúde e contra as Fundações”, tendo como eixo central a luta contra as fundações privadas, articulando em sua pauta política a discussão sobre a epidemia de dengue, a necessária regulamentação da EC-29 e a luta pela implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos Trabalhadores da Saúde.

No segundo semestre de 2008, o Fórum desdobrou-se no Movimento Unificado dos Servidores Públicos Estaduais (MUSPE)⁸⁷ com a proposta de ampliar para os demais servidores federais e municipais.

Em janeiro de 2009, o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro foi recriado para articular e organizar a luta dos sujeitos políticos coletivos em defesa da saúde

⁸⁷ Articulação das entidades sindicais representativas do funcionalismo estadual. Reivindica diferentes demandas dos segmentos dos servidores estaduais.

pública. Desde então suas reuniões são realizadas na última terça-feira na UERJ. Os sujeitos políticos coletivos que participam do FSRJ são os seguintes: 1) Sindicatos Estaduais de ramo e de categoria e associações, tais como: ANDES Regional; Associações de Docentes – UFF, UFRJ; Sindicatos de Servidores Universitários – UFF, UERJ, UFRJ; 2) Associações Estaduais: Associação de Fisioterapeutas do Rio de Janeiro, Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro; 3) Associações Nacionais: Associação de Fisioterapeutas Acupunturistas do Brasil, Associação dos Servidores da Fundação Oswaldo Cruz – ASFOC; 4) Sindicatos: SINDSPREV-RJ, Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Sindicato dos Nutricionistas do Rio de Janeiro, Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro, Sindicato dos Farmacêuticos, Sindicato de Enfermagem, Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais; 5) Representantes dos Conselhos Distritais, Municipal e Estadual de Saúde, 6) Trabalhadores de Saúde, 7) Coletivo de Residentes, 8) Executivas de Estudantes da Saúde (Enfermagem, Medicina e outros), 9) Partidos Políticos de esquerda (PCB, PSOL, PSTU, setores do PT, PC do B e PDT), 10) Representantes de Movimentos Sociais (Assembleia Popular, CMP, MST, MTD, Baía de Sepetiba pede socorro, Consulta Popular), 11) Entidades: Conselhos Regionais – Conselho Regional de Serviço Social/RJ, Conselho Regional de Psicologia, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 12) Associações de Ensino – ABEPSS; 13) Centrais Sindicais : Intersindical, CSP-CONLUTAS e, CTB. (FSRJ, 2012).

Dentre as principais ações e estratégias do FSRJ no campo jurídico está à participação na Frente Nacional Contra a Procedência da ADI 1923/98, contra as Organizações Sociais, e a elaboração da ADI contra a Lei das Organizações Sociais no Estado do Rio de Janeiro.

No que se refere ao âmbito parlamentar, foram realizadas as ações de articulação com os deputados estaduais e vereadores para debater a privatização da saúde e votar contra os novos modelos de gestão. Foram também realizadas manifestações nas Câmaras e Assembleias, nas sessões de votação dos Projetos de Lei que privatizam a saúde.

No que diz respeito às ações e estratégias no conjunto da sociedade foram realizados debates junto aos trabalhadores de saúde, usuários, movimentos sociais,

movimento sindical; debates no V Fórum Social Urbano⁸⁸; debates nos hospitais; nas universidades e; articulação de manifesto contra a EBSEH.

Vários atos foram realizados nas ruas, tais como: comemoração do Dia Mundial da Saúde, em 07/04/11; Ato Público em defesa do SUS e contra as Organizações Sociais no Hospital Pedro II em 22/10/2009; Ato contra a Privatização da Saúde no Rio de Janeiro em 22/06/11; Fórum nos Atos dos Bombeiros em 2011; Ato do Dia Nacional da Luta Antimanicomial em 18/05/2012 (FSRJ, 2012).

Foram realizadas ações e estratégias na perspectiva de realizar o controle democrático do controle social, entre essas se destacam: participação na Conferência Municipal de Duque de Caxias (2011), Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2011), 3ª Conferência Regional de Saúde da Região Metropolitana I do RJ, 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2011) e a 14ª Conferência Nacional de Saúde (FÓRUM, 2012).

Também foram realizadas ações e estratégias no âmbito da formação, entre as quais se destacam: realização de cursos de atualização, seminários, ciclo de debates, incentivo à pesquisa e trabalhos de extensão, publicações, Seminário “Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho em 30/06 e 08/07/09; curso de extensão – “Política de Saúde na Atualidade”- em 2009; Ciclo de Debate: “Novos” Modelos de Gestão e a Privatização na Saúde em 13/04/2010; debate com os candidatos ao governo do Estado do RJ em 14/09/10; Seminário Estadual Contra a Privatização da Saúde em 28/06/11 e; Oficina de Planejamento Estratégico março/2012 (FSRJ, 2012).

No que diz respeito aos meios de comunicação o FSRJ produziu vasto material para os meios de comunicação das entidades, partidos, sindicatos e conselhos. Foram produzidas publicações em jornais e/ou boletins de entidades: ADUFRJ, ASDUEJ, SINDSPREV, SINTUPERJ, CFESS, ANDES, ABEPSS e nas Revistas do Conselho Regional de Enfermagem, Radis, Fiocruz, Revista Polis. Foram dadas entrevistas na Carta Maior e Brasil de Fato. No momento de votação das OSs na ALERJ, em 2011, contra a truculência policial foi publicada em vários jornais: Terra Notícias, O Dia, G1, Bom Dia Rio, Globo News, RJTV 2ª edição, EPTV

⁸⁸ No período de 22 a 26 de março de 2010, o RJ recebeu o V Fórum Urbano Mundial. Organizado a cada dois anos pela Agência Habitat da Organização das Nações Unidas (ONU).

– Globo online, Extra online, R7 – Record, Manchete online, Diário do Congresso, CNB notícias, Rádio Tupi. Também foram divulgados desse momento vários vídeos no You Tube (FSRJ, 2012).

O FSRJ tem tido um papel de articulador da criação de novos fóruns nos municípios e regiões do Rio de Janeiro. O FSRJ conta com 05 núcleos, situados em Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Região Serrana, Rio das Ostras, Baixada Litorânea e Niterói.

O FSRJ tem tido reconhecimento como sujeito político coletivo, uma vez que sua mobilização e organização são significativas tanto no Estado do Rio de Janeiro quanto a nível nacional, uma vez que o mesmo tem sido uma das referências à resistência do processo de privatização da saúde em curso. No que se refere à mobilização tem conseguido articular alguns intelectuais, sindicatos e conselhos dos profissionais de saúde; algumas centrais sindicais: CSP-Conlutas, Instrumento de Luta e Unidade da Classe e de construção de uma Central, CTB; entidades estudantis da área de saúde: medicina, enfermagem etc; entidades ABEPSS, CRESS, ANDES, ASFOC, Consulta Popular, CRP e; alguns Partidos Políticos: PCB, PSOL, PT, PSTU, PC do B e PDT (FÓRUM, 2012).

No entanto, vários desafios estão postos ao FSRJ tais como: 1) ter maior capilaridade de mobilização dos movimentos populares e sindicatos de trabalhadores em geral; 2) maior engajamento dos participantes na organização das atividades; 3) criar novos fóruns regionais e/ou municipais e acompanhar os já existentes; 4) mobilização de estudantes através dos Centros Acadêmicos da Área da Saúde e Diretórios de Estudantes; 5) disputar seus interesses nos conselhos de saúde; 6) realização de debates, mobilizações e atividades que tratem sobre os novos modelos de gestão, uma pauta recente é a EBSEH; 6) formação política; 7) articulação com outros fóruns; 8) efetivar propostas de organização e ação e; 8) financiamento e infraestrutura (FSRJ, 2012).

Entre os estados, o Rio de Janeiro é o que possui a maior rede pública do país. Tem enfrentado um processo de privatização significativo a partir do momento que foi criada a Lei das OSs do Estado. Foram criadas novas entidades para gerir as UPAS que hoje são 70 e também as Clínicas da Família, que totalizam 68 unidades, todas sob a gestão de OSs. A questão da implementação da EBSEH nos hospitais

universitários é bastante significativo, uma vez que na UFRJ são 09 HUs, 01 da UFF e 01 da UNIRIO.

Os Grupos de Estudos em Serviço Social, Saúde, Trabalho e Meio Ambiente e o de Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social, vinculados ao Departamento de Serviço Social da UERJ, através de seus intelectuais, têm tido um papel importante na articulação, mobilização e formulação de propostas no FSRJ. Essa participação tem contribuído significativamente para a direção política das proposições e ações do FSRJ e também a contribuição que esses intelectuais vêm dando à FNCPS, na perspectiva de não reproduzir as propostas da Reforma Sanitária inflexionadas, ou da terceira via. No sentido gramsciano, os intelectuais vinculados aos projetos de pesquisa têm assumido a função de intelectual orgânico na perspectiva de fortalecer as lutas das classes subalternas e de disputa da hegemonia.

Nesta direção, o conceito de hegemonia na acepção gramsciana (1999) designa um complexo processo de relações vinculadas ao exercício do poder nas sociedades de classes, que se materializa a partir de uma concepção de mundo e da prática política de uma classe ou fração de classe. Vale a pena ressaltar que o alicerce da formação e da atuação dos intelectuais orgânicos encontra-se fundamentado na tradição marxista e dos seus seguidores.

5.4 FÓRUM EM DEFESA DO SUS E CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DE ALAGOAS

O Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização de Alagoas tem suas origens no ano de 2008, quando ainda era denominado Fórum Permanente Contra as Fundações Estatais de Direito Privado, em Defesa do Servidor Público e dos Direitos Sociais. A sua articulação iniciou a partir do momento que o Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, da Faculdade de Serviço Social, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), promoveu o Seminário “A Relação Pública e Privada no Estado Neoliberal: Fundações Estatais de Direito Privado”, frente ao anúncio do governo estadual, na imprensa, de transformar os hospitais de referência em Fundações Estatais de Direito Privado.

Durante o evento foi aprovada uma Carta Aberta à população contra a privatização do serviço público, assinada por 66 entidades da sociedade civil organizada. Em 24 de outubro de 2008, nasceu, portanto, o Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização. Suas principais bandeiras de lutas são: pela inconstitucionalidade da lei que cria as Organizações Sociais; Defesa da gestão e serviços públicos de qualidade; Defesa do investimento de recursos públicos no setor público/estatal; defesa da efetivação do Controle Social; Defesa de concursos públicos e a carreira pública no Serviço Público; contra à precarização do trabalho e; qualquer forma de privatização da rede pública de serviços.

As entidades, movimentos sociais, sindicatos, trabalhadores, conselheiros e usuários que participam do FDSCPAL são: Fórum Alagoano de Conselhos de Direitos – FACOND; Conselho Municipal de Saúde de Maceió; Conselho Regional de Serviço Social – CRESS; Conselho Regional de Enfermagem – COREN/AL; Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; Conselho Regional de Fisioterapia Ocupacional – 1ª Região (CREFITO-1); Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimento Social/FSSO/UFAL; Núcleo de Pesquisa e Extensão Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais/FSSO/UFAL; Sindicato dos Trabalhadores da UFAL – SINTUFAL; Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado de Alagoas; Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Alagoas – Sineal; Sindicato dos Odontologistas no Estado de Alagoas; Sindicato dos Nutricionistas do Estado de Alagoas; Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Alagoas; Sindicato dos Psicólogos do Estado de Alagoas e; Sindicato do Nível Médio da Saúde do Estado de Alagoas; Sindicato dos Aux. e Técnicos de Enfermagem do Estado de Alagoas; Sindicato dos Técnicos em Laboratório de Alagoas; Sindicato dos Radiologistas do Estado de Alagoas; Sindicato dos Trabalhadores da Educação de Alagoas – SINTEAL; Sindicato dos Servidores da Saúde – SINDSAUDE; Associação dos Profissionais de Nível Superior da Saúde de Alagoas; Estudantes do Curso de Serviço Social da Faculdade Integrada Tiradentes; Assistentes Sociais do Hospital Universitário Alberto Antunes ;Centro Acadêmico Rosa Luxemburgo-Serviço Social; Centro Acadêmico de Nutrição; Centro Acadêmico 20 de Janeiro – Farmácia; Centro Acadêmico Sebastião da Hora-Medicina CASH – UFAL; Diretório Central dos Estudantes da UNCISAL; Diretório Acadêmico de Terapia Ocupacional DATO – UNCISAL; Diretório Executivo Nacional de Estudantes de Medicina DENEM;

Executiva Nacional dos Estudantes de Terapia Ocupacional – ExNETO; Partido Socialismo e Liberdade – PSOL; Partido dos Trabalhadores – PT; Central Única dos Trabalhadores - CUT/AL; Sindicato dos Policiais Cíveis de Alagoas; Sindicato dos Docentes da Uneal; Diretório dos Estudantes da Uneal - DCE/UNEAL; Grupo Saúde e Luta; União Maceioense de Estudantes Secundaristas; Juventude Revolução/AL e; Resistência Popular⁸⁹. (FDSCPAL, 2012).

Apesar do FDSCPAL apresentar um conjunto significativo de movimentos sociais, sindicatos, entidades representativas de trabalhadores e usuários e outras entidades, algumas entidades assumem sua organização nas reuniões e atividades do fórum se destacam: Movimento Estudantil (CA de Serviço Social, Nutrição e Medicina/UFAL e DCE/UNCISAL), Resistência Popular, Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Alagoas – SINEAL, professores e bolsistas do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais/FSSO/UFAL. No entanto, não existe uma força predominante no FDSCPAL, às decisões ocorrem em geral por consenso.

Os principais temas de discussão do FDSCPAL são: a defesa da saúde pública e contra qualquer forma de terceirização e privatização dos serviços públicos. Além desses, incluía os problemas de funcionamento do SUS em Maceió e no Estado de Alagoas: má qualidade de serviços de saúde, denúncias de fraudes, precarização do trabalho etc.

O Fórum tem cumprido um importante papel social ao desenvolver, desde seu nascimento, várias atividades. Tem atuado na formulação de documentos de denúncias de desvios de recursos públicos da saúde e de ausência e/ou deficiência nos serviços públicos prestados à população, na cobrança da execução de projetos de ampliação dos serviços públicos e denunciando a inconstitucionalidade das formas de terceirização do Sistema Único de Saúde (SUS). As três grandes lutas do FDSCPAL (2012) foram:

⁸⁹ Essas entidades assinaram o documento protocolado ao governador solicitando a retirada do Projeto de Lei que cria as OSs em Alagoas.

1- Luta pela criação de serviço de cirurgia cardíaca pediátrica de referência para o Estado de Alagoas visto que, em 2008, dos 14 recém-nascidos cardiopatas com indicação cirúrgica que procuraram a rede pública, 08 foram a óbito, além de estar prevista no Plano Estadual de Saúde (PES) a alocação de R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais) para a implantação de tal serviço. O Fórum exigiu do Ministério Público Estadual e do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL) a fiscalização da alocação destes recursos diante da anunciada intenção da gestão estadual em criar tal serviço na Santa Casa de Misericórdia de Maceió, disponibilizando para o SUS apenas um leito de UTI, inicialmente. O Fórum exigiu que o serviço de referência para cirurgias cardíacas pediátricas em recém-nascidos no estado de Alagoas fosse criado em unidade de saúde pública, para que o preconizado legalmente fosse obedecido: investimento de recursos públicos prioritariamente na rede pública, sendo a rede filantrópica e privada apenas complementar

2- Luta pela ampliação da rede pública de serviços de saúde de referência estadual

O Fórum exigiu e lutou que os projetos de melhoramento e ampliação da rede pública estadual que estão engavetados, desde 2004, fossem executados. Foi entregue documento à gestão estadual, em maio de 2009, durante a reunião do Conselho Estadual de Saúde, que cobra a execução dos projetos de ampliação, equipamento e qualificação de Recursos Humanos das unidades públicas que prestam serviços de referência estadual, Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes e Maternidade Escola Santa Mônica, os quais foram enviados à SESAU a partir de 2004: Projeto de Compra de Equipamentos para a Maternidade Escola Santa Mônica (2004); Projeto de Reforma da UTI/Unidade de Cobertura Intensiva Neonatal (2006); Projeto de Desapropriação de dois Imóveis para a Ampliação da Maternidade Escola Santa Mônica (2006); Reforma e Ampliação dos Leitos de UTI e UCI Neonatal dos Hospitais do Estado de Alagoas (2008), entre outros. Além da luta pela reabertura dos 96 leitos e 05 salas de cirurgias desativadas no HU.

3 - Luta contra as Fundações, OSCIPs, OSs e qualquer forma de terceirização da gestão e privatização do SUS, através de manifestações

nas ruas, ato público, Audiência Pública na Assembleia Legislativa/AL, Reunião com deputados estaduais e entrega de abaixo-assinado e documento, solicitando que votem contrários ao Projeto de Lei que “Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais”, entrega protocolada ao governador de documento solicitando a retirada de tal Projeto de Lei, Caravana Popular do SUS. Além, da entrega de documento ao MPF (Procurador José Godoy), cobrando investigação do contrato do município de Santana do Ipanema com o Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (Ipas) para gerir o Hospital Geral Clodolfo Rodrigues de Melo, visto que esse Instituto já está sendo alvo de inquérito civil pelo MP do Rio de Grande do Norte, por suspeitas de fraude.

5.4.1 Principais atividades desenvolvidas pelo FDSCPAL:

Dentre as atividades desenvolvidas pelo FDSCPAL em 2008 destacam-se: Seminário de fundação do Fórum “A Relação Pública e Privada no Estado Neoliberal: Fundações Estatais de Direito Privado”; Ato Público em Defesa do SUS em frente à Assembleia Legislativa de Alagoas e entrega da Carta Aberta à População; Realização do debate “Fundações Estatais de Direito Privado, OSs e OSCIPs: um ataque ao setor público”. (FDSCPAL, 2012).

As principais atividades realizadas pelo FDSCPAL em 2009 foram: Solicitação junto ao Conselho Estadual de Saúde e ao Secretário Estadual de Saúde do Estado de Alagoas priorizar a assistência aos recém-nascidos com cardiopatia em Alagoas. Ocorre que entre 2008 e 2009, dos 14 recém-nascidos cardiopatas com indicação cirúrgica atendidos no Hospital Universitário e na Maternidade Escola Santa Mônica, oito foram a óbito; Luta pela fiscalização dos recursos públicos da saúde e pela criação do serviço de referência para cirurgias cardíacas pediátricas em recém-nascidos: o Fórum cobrou do Ministério Público Estadual (MPE/AL) a fiscalização da alocação dos R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais) previstos no Plano Estadual de Saúde (PES) para a implantação do referido serviço. O investimento foi feito na Santa Casa de Misericórdia de Maceió, porém a destinação destes recursos para a rede filantrópica ou privada da saúde fere os preceitos legais do SUS; Criação de um núcleo do Fórum no Hospital Portugal Ramalho com o objetivo de discutir a conjuntura da saúde em Alagoas e fortalecer as lutas em

defesa do SUS; Realização do debate “Privatização do SUS: Fundações, Organizações Sociais e OSCIPS”; Entrega de documento ao presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, durante visita ao Conselho Estadual de Saúde de Alagoas, apresentando as lutas do Fórum em defesa do setor público; Luta pela ampliação da rede pública de serviços de saúde de referência estadual: o Fórum exigiu do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas e do Secretário da Saúde do Estado, Dr. Herbert Motta, que os projetos de melhoramento e ampliação da rede pública estadual, fossem executados; Entrega de documento ao Diretor Geral HU/Ufal, Dr. Paulo Teixeira, reivindicando medidas urgentes nos serviços de cirurgias cardíacas pediátricas em recém-nascidos; Criação de um núcleo do Fórum no HGE com o objetivo de discutir a conjuntura da saúde em Alagoas e fortalecer as lutas em defesa do SUS; Luta contra as Fundações Estatais de Direito Privado, as Organizações Sociais de Saúde (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS): o Fórum entregou documento ao MP/AL, solicitando que fossem tomadas as medidas cabíveis para impedir a implantação desses projetos; Participação do Seminário em Defesa do SUS, organizado pelo Conselho Estadual Saúde; Realização da Caravana Popular em Defesa do SUS, que teve como objetivo: organizar a luta e mobilizações em um Ato para resistir ao processo de privatização da saúde (em curso no estado de Alagoas através das OSS), bem como fortalecer o movimento para ocupar de forma organizada a Caravana coordenada pelo CNS/CES no Centro de Convenções. A Caravana Popular em Defesa do SUS, além de trazer o conteúdo político da luta em defesa do SUS, trouxe intervenções/atrações culturais; Participação no “Ato em Defesa do SUS: \$USTo!!! Querem Privatizar a Saúde”, organizado pelos diretórios acadêmicos dos estudantes de medicina da Ufal e Uncisal; Participação no Congresso Acadêmico da UFAL, através da mesa redonda Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização: avanços e desafios; Participação na mesa sobre Fundações Estatais de Direito Privado, da II 5ª Acadêmica, organizada pelos diretórios acadêmicos dos estudantes de medicina da Ufal e Uncisal. (FDSCPAL, 2012).

As principais atividades desenvolvidas pelo FDSCPAL em 2010 foram: Reunião com o presidente da OAB/AL, exigindo posicionamento da entidade quanto às OSs; Ato em defesa do serviço público e contra a privatização; Participação na

sessão pública sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais, na Assembleia Legislativa de Alagoas; Participação no Ato contra as OSs, no dia Mundial da Saúde, em frente à Secretaria da Fazenda; Manifestação pública na porta da Secretaria de Estado da Saúde; Entrega de documento ao Palácio do Governo, solicitando a retirada do Projeto das OSs da Assembleia Legislativa de Alagoas. Entrega do mesmo documento ao Tribunal de Justiça para conhecimento e posicionamento do órgão; Participação no seminário de fundação do Fórum Popular da Saúde, em Londrina (PR); Ato contra o Projeto de Lei que cria o Programa Estadual das Organizações Sociais; Encontro com o presidente da Assembleia Legislativa de Alagoas, Fernando Toledo, e outros deputados, reivindicando posicionamento do órgão quanto ao Programa Estadual das OSs; Panfletagem no PAM Salgadinho; Audiência com o procurador do Ministério Público Federal/AL sobre a abertura do Hospital Geral Clodolfo Rodrigues de Melo, em Santana do Ipanema; Audiência com o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Ayres Britto, relator do processo contra a lei das Organizações Sociais e participação em outras audiências; Participação no I Seminário da Frente Nacional de Saúde, Rio de Janeiro (FDSCPAL, 2012).

Dentre as principais atividades realizadas em 2011 destacam-se: Ato na porta da SESAU; Reunião com o Secretário Estadual de Saúde, no momento foi feita a entrega de documento que solicita posicionamento contra o projeto de Lei que cria as OSs no estado de AL e, providências no sentido de melhorar os serviços do SUS; Ato Público no Dia Mundial da Saúde, no centro da cidade (Atividade “O SUS no chão”) e entrega de documento contra a privatização ao Deputado do PT Judson Cabral, Coordenador da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa; Realização de Rodas de Conversas sobre a privatização do SUS com trabalhadores, usuários e membros dos conselhos gestores de unidades de saúde em que existe o Pet/Saúde; Participação de reunião do CMS/Maceió para exigir providências quanto ao acesso e funcionamento dos serviços de saúde no município e; Participação no II Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. (FDSCPAL, 2012).

As principais atividades desenvolvidas pelo Fórum em 2012 foram voltadas para barrar o processo de privatização do Hospital Universitário (HU). Nesse sentido realizou Ato no HU em 03 de outubro Dia Nacional de Lutas contra a Privatização. Várias outras reuniões e atos foram realizados acerca do processo de

implantação da EBSEH no HU. O Fórum ficou responsável pela organização do III Seminário Nacional contra a Privatização, realizado em Maceió.

Em Alagoas foi enviada à Assembleia Legislativa, em 09 de dezembro de 2009, o Projeto de Lei que “Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais”, o qual visa “outorgar a uma entidade privada, sem fins lucrativos, a gestão das atividades e serviços de interesse público atinentes ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, à proteção e preservação do meio ambiente, bem como à saúde, ao trabalho, à ação social, à cultura e ao desporto e à agropecuária [...]”. Este projeto propõe o repasse da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor público para grupos privados, através de “Contratos de Gestão”, mediante transferências de recursos públicos. São áreas decisivas de lutas sociais cotidianas pela efetivação desses direitos duramente conquistados na forma da lei. Setores através dos quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente, portanto, a privatização dos mesmos constitui-se uma grande ameaça à garantia destes direitos. (FDSCPAL, 2012).

Em Santana do Ipanema (município alagoano), já existe uma Lei Municipal que cria as OSs, a qual permitiu o contrato do município de Santana do Ipanema com o Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (Ipas) para gerir o Hospital Geral Clodolfo Rodrigues de Melo.

Os principais desafios para o FDSCPAL é mobilizar as demais entidades para participar das reuniões e atividades do Fórum, que a depender das atividades do fórum ocorrem semanalmente, ou quinzenalmente, a depender das atividades programadas. Durante mais de dois anos as reuniões foram realizadas na sede do Sintufal. A partir de 2012 com a mudança da diretoria, as reuniões passaram a acontecer na sede do DCE/UFAL.

Dentre as dificuldades encontradas para o funcionamento do FDSCPAL, pode-se citar a existência de um número maior de sujeitos políticos coletivos para dar encaminhamentos à agenda de lutas definidas e as dificuldades de financiamento das atividades a serem desenvolvidas.

5.5 FÓRUM POPULAR DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

O Fórum Popular de Saúde do Estado de São Paulo foi articulado no dia 24 de setembro de 2009, com a participação de diversas entidades e movimentos. “Sua construção ocorreu a partir da avaliação de que as lutas na saúde estavam fragmentadas, ou seja, os trabalhadores com pautas corporativas, os usuários mais voltados às representações nos conselhos de saúde, o movimento estudantil não pautava o SUS e os movimentos sociais sem discutir a saúde” (FPSESP, 2012). Desse modo, foi necessária “a criação de uma aliança que unificasse trabalhadores, usuários e estudantes por um SUS público, estatal e de qualidade”. (FPSESP, 2012)

O incentivo maior foi a criação do projeto de lei que permitia a privatização dos novos e antigos serviços de saúde. O FPSESP (2012) tem como princípio: “a resistência a qualquer forma de ataque à saúde universal e pública”.

Com a criação do Fórum foi lançado um manifesto contra a privatização da saúde no estado, com assinaturas de diversas entidades entre as quais se destacam: SINDSPREV, SINDSEP, CONLUTAS, MST, MTST, DCE USP, DCE UNICAMP Etc. Como estratégia de fortalecimento também foram criados até o momento, os núcleos de: Campinas, Santos, Barretos, Marília e Sorocaba. A participação se dá de acordo com a realidade local, o que faz diferenciar as representações. No âmbito estadual as representações que têm mais organicidade são do: CRESS/SP, PSOL, PSTU, SINDSPREV, movimento estudantil e de representantes dos núcleos, sendo esses: Campinas, Santos, Barretos, Marília e Sorocaba. As reuniões ocorrem uma vez por mês no Fórum Estadual e nos núcleos depende da agenda política. A entidade que sedia a reunião do fórum é o SINDSPREV.

A criação do Fórum aconteceu em um momento extremamente adverso, quando as propostas na área da saúde realizadas por diversos governos eram de privatização do SUS.

O Fórum Popular de Saúde é a resposta sobre: “que fazer?” diante deste quadro adverso. O governo estadual e a mídia burguesa sua aliada inseparável querem construir um consenso que os funcionários públicos são os culpados pela falta da qualidade na saúde, querem camuflar a escassez de recursos para a saúde atribuindo a solução ao modelo de gestão. O Fórum vem resistir a isto e propor uma aliança ampla em torno do caráter público do SUS, promovendo encontros de todos os setores, manifestações, constituindo um novo patamar para a

luta, onde prevaleça à participação e o poder de decisão, a pluralidade e a crítica (FPSESP, 2012, p.12).

Dentre os principais problemas elencados pelo FPSESP (2012) se destacam:

- a) O sucateamento da rede, pois não há investimento estrutural na saúde pública. Não se construiu nenhum hospital durante o governo de Kassab⁹⁰ e em 26 dos 96 distritos da cidade não existe nenhum leito na rede hospitalar, segundo levantamento da Rede Nossa São Paulo. Também não há concursos públicos para aumentar o número de profissionais na rede pública de saúde (FPSESP, 2012).
- b) A saturação da rede de saúde particular. Em decorrência do sucateamento da Saúde Pública, cresceu o número de pessoas que buscam planos de saúde, sobretudo os mais baratos, só que a oferta de serviços não cresceu. Ou seja, aumentou também a espera das pessoas que têm convênios, pois os hospitais e serviços particulares de saúde estão lotados. No Estado de São Paulo, através do Decreto 57.108, assinado em julho de 2011, os hospitais estaduais gerenciados por organizações do terceiro setor foram autorizados a atender, de forma diferenciada, os clientes de planos de saúde, cobrando o ressarcimento diretamente das operadoras de convênios ficou conhecida como a “Lei da Dupla Porta”, que poderia vender 25% dos leitos de Hospitais administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSs) para convênios e particulares. Diante dessa situação o Conselho Nacional de Saúde havia pedido à Justiça de São Paulo que considerasse ilegal a lei estadual. Para o conselho, a lei favorece a prática de “dupla-porta” de entrada, “selecionando beneficiários de planos de saúde privados para atendimento nos hospitais públicos, promovendo, assim, a institucionalização da atenção diferenciada com preferência na marcação e no agendamento de consultas, exames e internação e melhor conforto de hotelaria”. A 2ª Câmara de Direito Público do TJ-SP negou o recurso (agravo de instrumento) proposto pelo governo do Estado de São Paulo e manteve liminar que impede a

⁹⁰ Em 2008, o candidato Kassab, fez promessa de campanha de inaugurar durante seu governo 03 hospitais, um na Zona Leste, um na Sul e outro na Norte e não foi cumprido.

oferta dos leitos para pacientes particulares ou clientes de planos de saúde. O Tribunal de Justiça de São Paulo manteve a suspensão da "lei da dupla porta", que permitia a venda de até 25% das vagas de hospitais públicos geridos por OSs (Organizações Sociais) para pacientes particulares e com planos de saúde (Agência Brasil, 15/05/2012).

Como estratégia de comunicação e informação com os seus integrantes e a sociedade, o FPSESP (2012) possui um site, uma lista de e-mails com integrantes do fórum e divulgação e articulação no Facebook. As suas principais ações foram:

1. Manifestação contra a Organização Social SPDM, realizada em 19 de julho de 2012, articulado com a Executiva de Estudantes de Enfermagem, com a participação de estudantes de onze estados;
2. Denúncia de esfacelamento da saúde mental no Bairro de Jabaquara;⁹¹
3. Realização do “Abraço ao Emílio Ribas” como protesto contra a entrega do centenário Instituto de Infectologia para a Fundação Faculdade de Medicina (FFM);
4. Denúncia de “apagão da saúde”, uma vez que a Prefeitura Municipal de São Paulo não faz concurso público, desarticula o SUS, não oferece condições adequadas de trabalho, não valoriza os trabalhadores, prejudica a população e atende os interesses do mercado.
5. Organizou e sediou a realização do II Seminário Nacional Contra a Privatização da Saúde em 2011;
6. Realização de ato para “a inauguração popular” dos hospitais prometidos e não cumpridos pelo prefeito Gilberto Kassab” em 2008.⁹²
7. Participou do I e III Seminário da Frente.

⁹¹ Na área do Jabaquara / Vila Mariana, que tem mais de 560 mil habitantes, existem apenas 02 médicos psiquiatras na rede básica. Quando há concurso público, o salário oferecido é insuficiente para atrair os profissionais que a rede precisa (FPSESP, 2012).

⁹² Os integrantes do Fórum Popular de Saúde de São Paulo organizaram uma ocupação de um prédio abandonado na zona sul de São Paulo, no populoso bairro da Capela do Socorro. Iniciada na noite de sexta-feira, 07/09/2012, e encerrada no domingo à noite, a incursão visava chamar a atenção da população para o descaso com que esse tema tão caro às campanhas eleitorais é tratado. Fazia parte de promessa de campanha de 2008 feita por Gilberto Kassab, que garantia a construção dos três primeiros hospitais por meio de Parceria Público-Privada (PPP) na cidade. O lugar ocupado era um dos três, enquanto os outros seriam na Penha e na Brasilândia. Além disso, também foram prometidos 50 novos serviços de odontologia, outro plano que não saiu do papel na gestão que se encerrou em dezembro.

No que se refere aos desafios, “a disputa do consenso de que privatizar é ruim” (FPSESP, 2012), passa pelo reconhecimento que “é uma disputa ideológica da concepção de saúde, sociedade e Estado. A luta pela saúde é uma forma de entender o capitalismo” (FPSESP, 2012).

As principais lutas do FPSESP (2012) são o combate às várias formas de privatização. O estado tem sido considerado ao longo dos anos modelo de experiências com OSs. Tal situação tem trazido vários desafios aos fóruns de saúde, uma vez que, tem de lidar contra as comunidades terapêuticas na saúde mental, as OSs, as duplas portas de entrada e as Fundações Estatais de Direito Privado.

5.6 FÓRUM DE SAÚDE DO PARANÁ

O Fórum de Saúde do Paraná (FOPS) foi criado na década de 1990 com integrantes que acompanharam a implantação do SUS no estado. Passou por processos de reestruturação, principalmente em 2007 quando houve a inserção de representantes da UFPR.

O FOPS é composto por entidades representativas de trabalhadores de saúde e usuários do SUS, bem como por pessoas que defendem a implementação do SUS de acordo com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e gratuidade das ações de assistência, recuperação e promoção da saúde.

As entidades, movimentos e representantes que compõem o FOPS são o SINDPETRO, SINDSAUDE, SINDMCU, CUT, Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), CRESS e PC do B. Ocorre que o SINDSAUDE se desfilou da CUT em 2011 e tal fato trouxe algumas consequências para a articulação do Fórum. Hoje, as representações mais orgânicas no Fórum são o PSOL, a CUT (participa em algumas atividades), Consulta Popular, SINDSAUDE e alguns militantes. As reuniões do fórum ocorrem no SINDSAUDE, que fica responsável pela guarda dos documentos do respectivo Fórum.

No seu regimento interno, datado de maio de 1997, ainda tido como referência, o FOPS tem como objetivos: - Discutir e propor políticas de saúde e mecanismos para a sua implementação; - Intervir com qualidade nas Conferências de Saúde; - Contribuir com a organização e mobilização popular para o

encaminhamento dos problemas de saúde, de falta e má qualidade de assistência. A organização deve se dar tanto nos Conselhos, como diretamente no âmbito das organizações populares; - Capacitar a população a compreender os problemas de saúde e suas causas e das dificuldades de implementação do SUS, para poder melhor definir e encaminhar formas para a resolução de suas necessidades; - Assessorar os Conselheiros Locais, Municipais e Estaduais no desempenho de suas funções; - Propiciar espaço de debates e de construção de alianças entre trabalhadores de saúde e lideranças populares.

No que se refere ao funcionamento, de acordo com o regimento interno, o FOPS reúne-se ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente, mediante convocação da coordenação, sempre que necessário; - Cabe a Plenária ou a coordenação à organização de comissões para a elaboração de propostas, avaliações, estudos, textos para divulgação, etc., a serem submetidos à apreciação da Plenária; - O quorum mínimo para deliberações nas reuniões do FOPS é de 10 membros presentes; - As deliberações devem se dar preferencialmente por consenso entre os presentes na reunião. Quando o consenso não for possível, deve-se partir para a votação, sendo vitoriosa a proposta ou posição que obtiver, no mínimo, 2/3 dos votos dos membros presentes; - Os membros que defendem a proposta ou posição rejeitada pela maioria tem a liberdade para se manifestar em sua defesa, desde que o façam em seu próprio nome ou da entidade que representam; A convocação das reuniões deve se dar com antecedência mínima de 24 horas para viabilizar a presença de seus membros, bem como a pauta deve ser comunicada no momento da convocação; - As manifestações públicas do FOPS devem estar respaldadas em decisões tomadas em Plenária. Quando isto não for possível, dada a urgência e premência de tempo, a Coordenação deverá ser consultada, bem como caberá a ela consultar individualmente, pelo menos 05 membros com participação regular no Fórum nos últimos três meses. Tais manifestações deverão ser remetidas para referendado da Plenária do FOPS; - Sempre que um membro do Fórum for se posicionar publicamente sobre um assunto não discutido no Fórum, ou que não seja objeto de consenso, deve fazê-lo em seu próprio nome.

As principais lutas do FOPS são a defesa da participação do controle social institucional, através dos conselhos e conferências; tentativa de barrar a Lei das OSs, Fundação Estatal de Direito Privado em Curitiba; denunciar os desvios de recursos públicos através das OSCIPs e; denúncias de cooptação de conselheiros.

Os principais meios de comunicação, informação e lutas são através do Jornal Pau e Prosa (veiculado principalmente para os movimentos sociais), atos, protestos, Blog do Fórum e lista de e-mails dos integrantes. O Blog do FOPS se destaca pelo vasto material sobre os novos modelos de gestão. O material sob o ponto de vista didático é esclarecedor para os movimentos sociais entenderem esse processo. (fopspr.wordpress.com).

Dentre os desafios enfrentados pelo FOPS, estão: a necessidade de realização de seminários que cheguem até população; dificuldade da realização das reuniões, não está conseguindo ter uma organicidade, devido à desfiliação do SINDSAUDE da CUT (alguns sindicatos de base cutista que integravam o FOPS se retraíram, o assessor da entidade que participava e assessorava o FOPS foi demitido. Houve também o afastamento de militantes históricos; dificuldades na resistência interna dos conselhos, houve um descrédito desses espaços por parte de algumas representações; alguns militantes que permanecem no FOPS abandonaram os espaços dos conselhos e conferências; poucos representantes para dar conta das ações e estratégias políticas definidas pelo FOPS.

Como perspectiva, é apontada a necessidade do FOPS ser mais “reativo e orgânico”. Ser reativo aos ataques da gestão, principalmente com a implantação dos novos modelos de gestão. Para tanto, necessário se faz construir uma força social, que hoje está restrito às entidades e reorganizar o FOPS.

Fica claro que com a reestruturação do FOPS em 2007, houve um esforço, no sentido de mobilizar e organizar o FOPS, o blog foi atualizado, inserida toda a discussão teórica sobre o processo de privatização na saúde, com ênfase nas OSs, as Fundações Estatais de Direito Privado e as OSCIPs. Não se identifica até o presente momento da pesquisa a discussão sobre a EBSEH. O FOPS teve uma participação significativa contra a ADI 1.923/98 – contra as OSs, uma vez que mobilizou para as assinaturas do abaixo-assinado, participou do processo de

marcação de audiências com os Ministros do Supremo Tribunal Federal. Participou dos três seminários da Frente Nacional Contra a Privatização, nos quais sempre foi um dos expositores pela sua atuação e importância. No entanto, o processo de desarticulação que se encontra no momento, tem reflexo na atualização da sua página na organização e mobilização contra a EBSEH da qual o FOPS não tem sido um protagonista. Mesmo com as dificuldades expostas o Fórum participou do I, II e III Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

5.7 FÓRUM POPULAR EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA DE LONDRINA

Criado em maio de 2010, o Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região “se constitui como espaço plural de construção democrática e participativa, reunindo atores sociais na luta por uma saúde pública estatal e de qualidade. Aliado às necessidades e reivindicações das classes populares, tem marcado seu posicionamento contrário à lógica capitalista” (FÓRUM de Saúde, 2010, p. 01).

Suas principais bandeiras de luta são a defesa do SUS constitucional e seu projeto histórico, a radicalização da Reforma Sanitária enquanto movimento democratizante da sociedade brasileira, defesa da ampliação e qualidade dos serviços públicos da rede pública e uma posição de enfrentamento radical a todas as formas de privatizações, terceirizações e qualquer outro instrumento de gestão que precarize as relações de trabalho e abra espaço para a lógica de mercado na construção dos direitos sociais. Por um SUS 100% Público e de Qualidade.

As principais entidades, movimentos e instituições que participam do Fórum são Sindsprev-PR, Sindsaude, Comissão de Direitos Humanos (CDH), Associação Londrinense de Saúde Mental, a Universidade Estadual de Londrina – UEL – Departamento de Serviço Social e PSOL.

As reuniões ocorrem todas as quintas-feiras à noite no Departamento de Serviço Social da UEL. Os principais meios de comunicação e informação são o blog e listagem de e-mails dos integrantes. Dentre os principais desafios e perspectivas está o de aglutinar os estudantes da saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia e odontologia), bem como o Departamento de Saúde Coletiva da UEL.

O Fórum de Saúde de Londrina tem a participação significativa do Projeto de Extensão Universitária Conhecer para Defender, Defender para Garantir: fortalecendo a formação política para o debate da saúde pública em Londrina, inclusive abriga a página do Fórum e sedia as reuniões do Fórum de Saúde. Esse projeto tem como objetivo:

fomentar e instrumentalizar este debate possibilitando a participação da comunidade acadêmica, dos profissionais, de militantes e usuários da saúde pública. Para tanto estão previstas ações de cariz educativo, interventivo e democrático, portanto, com viés político, que serão desenvolvidas na Universidade Estadual de Londrina, nos órgãos e serviços públicos de saúde e nos bairros que demandarem intervenções sociais para garantir e efetivar a universalidade de acesso ao Sistema Único de Saúde (FÓRUM de Saúde de Londrina, 2012).

Destacam-se entre as atividades que estão previstas para serem executadas nos próximos 24 meses: a formação de um grupo de estudos — a realização de seminários, workshops, articulação com os Conselhos Locais e a disseminação de informações sobre o sistema e os serviços de saúde, bem como sobre o direito dos cidadãos acessá-los em todos os níveis de assistência. Espera-se com isso, contribuir com a sociedade no trabalho de politização e mobilização em defesa de uma política de saúde universal, integral e pública. “A partir dessa práxis, reforçar a formação política e acadêmica sobre os conhecimentos acerca da saúde pública no Brasil de forma geral e em Londrina de forma particular e possibilitar a formação dos diversos profissionais que atuarão direta ou indiretamente na área da saúde, problematizando a importância que tal área tem na totalidade da vida social” (FÓRUM de Saúde de Londrina, 2012, p.01).

A Câmara Municipal de Londrina apresentou no dia 02 de fevereiro de 2012, o Substitutivo n.º 02 ao Projeto de Lei n.º 237/2011 que dispõe sobre a colaboração de entidades sem fins econômicos na administração pública municipal nas áreas de ensino, cultura, esporte, desenvolvimento científico, tecnológico e institucional, meio ambiente, ação social, saúde, turismo, agricultura – denominadas de Organizações Sociais. O projeto foi retirado de pauta, diante da movimentação do Fórum de Saúde junto aos movimentos sociais, na câmara e nas ruas. Foram feitos, jornais, debates na universidade, panfletos, atos com outras entidades e atos na câmara de vereadores.

No que se refere às principais ações desenvolvidas pelo Fórum de Saúde destacam-se: atos contra a terceirização na saúde; ajuda na organização dos agentes da dengue; realização de debates com a comunidade universitária sobre modelos de gestão; posicionamento contrário à criação de novos leitos psiquiátricos; luta para derrubar a implementação das OSs, OSCIPs e FEDP. O Fórum também apoiou a cassação do prefeito e; articulação com um projeto de extensão junto ao Serviço Social da UEL. O Fórum participou do I e II Seminário Nacional da Frente Nacional Contra a Privatização

De acordo com o Fórum de Saúde de Londrina (2012), houve um tempo em que havia uma maior articulação com o FOPS. Entretanto, esta articulação hoje é incipiente e o Fórum de Londrina não participa das reuniões do FOPS devido à “distância da capital e o FOPS tem feito poucas reuniões”.

5.8 RESISTÊNCIA ÀS INFLEXÕES DO PROJETO E PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde tem sido sujeito político coletivo importante no processo de luta pelo projeto de RSB com as diretrizes da década de 1980, principalmente no que se refere a relação público/privado, na luta contra os novos modelos de gestão que estão sendo implementados vorazmente na saúde.

Na contemporaneidade, tem disputado espaço com o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira na defesa do projeto da RSB. Desde seu nascimento, em 2010, conta na atualidade com 17 Fóruns Estaduais e 15 Fóruns Municipais que lutam principalmente contra todas as formas de privatização da gestão na saúde, através de Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, as Parcerias Público-Privado e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

Os sujeitos políticos coletivos da FNCPs também possuem seus intelectuais que atuam na formulação e na direção política da Frente, na perspectiva de fortalecer o projeto de Reforma Sanitária como projeto civilizatório. Para Gramsci (2000, p.20) “os intelectuais orgânicos do proletariado, em geral menos numerosos e mais desorganizados, também se constituem em funcionários especializados das classes dominadas na construção e execução da nova hegemonia”. Portanto, pode-

se afirmar que os intelectuais são os agentes da consolidação de uma concepção de mundo e de uma vontade coletiva de um “bloco histórico” (COUTINHO, 1998).

No que se refere à vontade coletiva Gramsci (2000b, p. 16-17) adverte que as metas da vontade devem ser “concretas” e “racionais”, ou seja, devem ser teleologicamente planejadas a partir, e tendo em conta as condições causais postas objetivamente pela realidade histórica. Desse modo, temos aqui a articulação dialética entre teleologia e causalidade, entre os momentos subjetivos e objetivos da práxis humana, da qual a vontade é momento ineliminável. A vontade coletiva se torna um momento ontologicamente constitutivo da realidade social.

Os sujeitos políticos coletivos da FNCPS, através de seus intelectuais têm atuado na perspectiva de fortalecer a vontade coletiva que para Gramsci consiste na atividade política, não arbitrária, que se realiza na medida em que corresponde às necessidades objetivas históricas.

A Frente integra a sociedade civil que é formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias. A sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada pela base material. A mesma não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de sujeitos políticos coletivos que representam os interesses do capital e do trabalho ou de desdobramentos dessa contradição, como na saúde, aqui analisada.

A Frente como todo movimento a depender da conjuntura tem sofrido refluxo como no Fórum do Paraná, que apesar de ser o primeiro fórum, encontra-se no momento com dificuldades de articulação e mobilização. Também se observa Fóruns que foram formados e a seguir não conseguiram manter a sua organicidade no que diz respeito às reuniões e encaminhamentos da agenda de lutas, tais como: Pernambuco⁹³, Ceará, Distrito Federal, Pará e Mato Grosso. Outro aspecto a ser destacado é que no momento da criação da Frente algumas entidades e movimentos a integraram formalmente, mas até o momento da realização deste estudo não haviam indicado representantes.

⁹³ Em Pernambuco, a Frente Contra a Privatização da Saúde - PE, não tem se mobilizado para a defesa das bandeiras de lutas no estado. Vale a pena ressaltar que em Pernambuco o processo de implementação das OSs tem sido realizado velozmente. Tal fenômeno, propiciou a criação do Fórum Recifense que tem dirigido suas lutas ao combate da implementação da EBSERH no HU/PE.

Outro aspecto a ser ressaltado é que a Frente têm problemas de financiamento para a realização de suas atividades. Cada ação implica em mobilização para definir os sujeitos políticos que financiarão. Esse problema vem sendo discutido pela Frente em seus seminários. Debate-se também, o formato da coordenação da Frente. Alguns sujeitos políticos discutem um formato mais enxuto com representação por região e outros defendem um formato mais ampliado com representação de todos os estados que possuem Fórum. No próximo seminário da Frente, que será realizado em 2013, esse assunto será um dos pontos de pauta.

Os principais sujeitos políticos coletivos da Frente têm sido os Fóruns de Saúde. Parte deles as grandes mobilizações e organizações e as defesas das bandeiras de lutas da Frente, a partir das diferentes realidades estaduais e municipais. Observa-se que nos anos de 2010 e 2011, as lutas se concentraram nas Organizações Sociais e em 2012 na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

A organização e mobilização da Frente durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde foi muito significativa tanto nas defesas das propostas contra a privatização na saúde quanto para dar visibilidade das propostas e ações da Frente junto aos delegados da conferência, representantes dos governos das três esferas, sindicatos, movimentos populares etc. Essa mobilização foi muito importante, haja vista que todas as propostas que expressavam alguma forma de privatização na saúde foram rejeitadas.

A Frente lançou a Agenda para a Saúde durante a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, a mesma, se contrapõe a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil apresentada pelo Fórum da Reforma Sanitária. A Frente resgata nas suas proposições os principais elementos defendidos no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que expressa a condensação de uma proposta de RSB com os princípios da universalidade, integralidade e participação social.

A Frente se configura como sujeito político coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante no processo de RSB. Os intelectuais vinculados à Frente têm um papel preponderante no projeto da RSB na perspectiva de defender o

projeto da RSB formulado na década de 1980. Esses intelectuais são fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política, para tanto, têm um papel primordial na organização da cultura.

Os intelectuais da Frente que dão direção política ainda são em menor número. Na contemporaneidade, eles estão organizados através dos grupos de pesquisas da UERJ e da UFAL, vinculados ao Departamento de Serviço Social, a saber: Grupo de Estudos em Serviço Social, Saúde, Trabalho e Meio Ambiente (UERJ), Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social (UERJ) e; Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (UFAL). Esses intelectuais têm disseminado junto aos sujeitos políticos coletivos a perspectiva de radicalização da democracia e a vontade coletiva na perspectiva de construção de uma nova racionalidade.

O conceito de vontade coletiva está estreitamente ligado ao de reforma intelectual e moral, ou seja, à questão da hegemonia. Esse fortalecimento no processo de uma nova hegemonia pelos intelectuais da Frente se expressa através dos documentos formulados, analisados neste estudo, pelas atividades desenvolvidas que abrangem a mídia, o parlamento, a formação, o campo jurídico e a sociedade na perspectiva de disseminar as bandeiras de luta da Frente. A disputa pela hegemonia ocorre na sociedade civil, através dos aparelhos privados de hegemonia. Aqui expresso em sujeitos políticos coletivos que resistem as propostas da terceira via da RSB.

A Frente questiona o investimento do fundo público cada vez maior nos setores privados, através dos novos modelos de gestão na saúde e dos convênios. Esse investimento ocorre como uma resposta do Estado às crises do capital em vigor e acentuam o redirecionamento do fundo público para salvar o capital em detrimento do trabalho. “O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público”. (Salvador, 2012, p. 126). Uma das principais formas da realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida O

fundo público é determinante na correlação de forças entre capital e trabalho. O processo de privatização em curso, através dos novos modelos de gestão têm causado prejuízos, sendo esses: processo de contratação da força de trabalho em saúde com vínculos precários; não têm garantido o acesso dos usuários de forma efetiva aos serviços de saúde e; os recursos para a prestação dos serviços de saúde, tal como analisado no documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” pela Frente, foram duplicados e em algumas situações até triplicados do que quando estavam sob a gestão direta do Estado.

A Frente se denomina como novos mecanismos de controle democrático (Bravo e Correia, 2012). Tal questão é posta devido aos espaços de controle social institucionais não terem conseguido exercer efetivamente seu papel de controle e de deliberação. A Frente apresenta a necessidade de fazer o “controle do controle social democrático”. Para tanto, a Frente tem se organizado para acompanhar as reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através de um rodízio entre os Fóruns de Saúde. Além dos momentos em que solicitou ao CNS ponto de pauta para debater o processo de privatização. Essa ação foi realizada no que diz respeito tanto às Organizações Sociais quanto à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares que culminou com resoluções do CNS contrárias a essas modalidades de gestão.

Com o surgimento da Frente e dos Fóruns de Saúde novos sujeitos políticos coletivos passam a disputar a hegemonia do projeto político-emancipatório de RSB. A luta contra a privatização passa pela disputa de interesses, projetos e do fundo público, ou seja, componentes vitais ao capitalismo. A perspectiva da Frente é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando-as em nível nacional.

A FNCPS enquanto sujeito político coletivo é defensora do projeto de RSB formulado na década de 1980, que tem como elemento fundamental a radicalização da democracia, implicando na construção de uma nova racionalidade, ou seja, de um novo projeto civilizatório.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho que percorremos na presente tese para desvelar o nosso objeto de estudo **as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade**, suscitou que analisássemos as principais concepções da RSB desde o nascimento do projeto na década de 1970, as diferentes conjunturas em que o projeto se desenvolveu após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que expressou em seu relatório o projeto da RSB. Detivemo-nos nas conjunturas dos governos Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, ambos aderiram à ideologia neodesenvolvimentista. Esse processo dá continuidade às contrarreformas imprimidas durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, mas com uma roupagem de modernização.

A seguir, analisamos os sujeitos políticos coletivos e as mudanças sofridas no âmbito do pensamento e da ação, principalmente, a partir da década de 1990 e contextualizamos os sujeitos políticos coletivos da RSB. Enfatizamos que as lutas dos sujeitos políticos coletivos ocorrem na sociedade civil, onde diferentes projetos e disputas de interesses sociais, políticos e econômicos são travados.

Analisamos que os sujeitos políticos coletivos, no que se refere tanto ao Fórum da Reforma Sanitária Brasileira quanto a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde em luta podem fortalecer ou enfraquecer uma hegemonia, ou seja, a luta é pela manutenção ou construção de uma nova hegemonia. Relacionamos a atuação dos intelectuais dos sujeitos políticos coletivos e a sua organicidade vinculada aos projetos e que esses intelectuais são responsáveis pela disseminação da cultura, entendida como modo de pensar.

No caminho percorrido, identificamos nas concepções da RSB na década de 1980 elementos vinculados a democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Nesse momento, a RSB tanto era afirmada como “um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo” (Arouca, 1988, p.4) quanto era definida como uma “reforma social nos marcos do capitalismo” (Paim, 2008). Tais perspectivas apesar das diferenças defendiam a emancipação política na perspectiva do direito à saúde e no dever do Estado em assumir as políticas de saúde. Também defendiam um sistema único, integral e com participação popular.

O projeto de RSB que foi debatido e disputado está expresso no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 03) o qual afirmou que “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas”.

Na década de 1990, ao mesmo tempo em que o movimento sanitário articulou junto ao parlamento a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, o processo da RSB sofreu um grande refluxo com a eleição de Collor e consequentemente a implementação de políticas econômicas e sociais neoliberais para o país. O movimento sanitário não teve a tática e estratégia na perspectiva de continuar a luta pela RSB e passou a priorizar a implementação do SUS institucionalmente. Não significa, entretanto, que o SUS não fosse uma conquista importante enquanto política pública, mas o esvaziamento da mobilização e organização da luta pelo direito à saúde trouxeram consequências para o projeto da RSB em toda a década de 1990 e no início do século XXI.

Para analisar o processo da RSB, se faz necessário entender a conjuntura de cada momento histórico, ou seja, entender como a estrutura social em movimento, a análise das políticas de saúde, em uma dada situação significa identificar os fenômenos, os sujeitos e as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes, identificar também os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade e atravessam o Estado, atingindo a burocracia que impõe a ação reguladora ou coercitiva, por meio dos aparelhos ideológicos e repressivos do Estado.

No século XXI, o governo Lula trouxe inicialmente expectativas para que o projeto da RSB retornasse a agenda, mas o governo não rompe com a estrutura anterior e dá sequência às contrarreformas. Tal fenômeno, no âmbito político possibilitou o deslocamento e a autonomia cada vez maior de Lula em relação ao PT, bem como a submissão incondicional desse partido a ele, foram condições necessárias para a condução do processo de acomodação do bloco de poder dominante, alcançando-se o consenso através da obtenção da confiança do grande capital e do consentimento dos setores subalternos.

No entanto, no segundo mandato do governo Lula face às mudanças nos rumos econômico do país – com o aumento das taxas de crescimento econômico e a tímida melhora de alguns indicadores sociais – houve a adesão mais explícita do governo à estratégia ideopolítica do neodesenvolvimentismo, que surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto ao socialismo.

O embasamento teórico político para esta ideologia passa por três linhas argumentativas: 1) o crescimento econômico, por si próprio, não trará a redução das desigualdades; 2) os gastos sociais no Brasil não são baixos, o que é preciso fazer é torná-los mais eficientes, melhorando a alocação de recursos e focalizando-os nos segmentos mais pobres; 3) propostas de desenvolvimento baseadas em investimento no “capital humano”, reformas microeconômicas, programas de microcrédito etc (Castelo, 2010). O objetivo do neodesenvolvimentismo é entrar como uma espécie de Terceira Via, na disputa pela hegemonia ideopolítica para a consolidação de uma estratégia de desenvolvimento alternativa aos modelos em vigência na América Latina.

O neodesenvolvimentismo introduz os conceitos de equidade e justiça social. Em termos políticos os neodesenvolvimentistas defendem a promoção da igualdade de oportunidades entre os indivíduos via educação. Nessa perspectiva fica subordinada aos requisitos de habilidades necessárias aos processos de produção de mercadorias comandados pelo capital. Os conceitos de equidade e justiça social ressurgem nos anos 1990 nos relatórios das agências multilaterais sobre pobreza, como o Banco Mundial e são estratégicos do projeto neodesenvolvimentista de intervenção na questão social.

Nesse sentido, Mota (2012, p.34) afirma que “o governo Lula foi palco da conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias: as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista”. O governo Dilma dá seguimento à ideologia neodesenvolvimentista.

A ideologia social-liberal ou neodesenvolvimentismo é uma tentativa político-ideológica das classes dominantes de dar respostas às múltiplas tensões derivadas do acirramento das expressões da “questão social” e da luta política da classe trabalhadora é incorporada nas propostas dos sujeitos políticos coletivos do

movimento sanitário do século XXI. Diante de tal conjuntura e das correlações de forças e de disputas ideopolíticas, há uma inflexão significativa no projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Um conjunto de concepções e ações ideopolíticas é apresentado no sentido de corroborar com essa afirmação, tais como: 1) a incorporação pelos intelectuais das teses contemporâneas como a Terceira Via e paradigmas da Pós-modernidade; 2) a adesão dos governos Lula e Dilma ao projeto neodesenvolvimentista, acarretando o apassivamento das classes trabalhadoras gerado pelo transformismo do PT; 3) documento elaborado pelo Banco Mundial em 2007 que trata dos desafios do SUS, da efetivação da reforma sanitária como questão de governança e equilíbrio dos gastos em saúde com ênfase no gerencialismo e nos novos modelos de gestão; 4) documento formulado por pesquisadores da FGV intitulado: Temas para o desenvolvimento com equidade; 5) documento formulado por intelectuais da rede desenvolvimentista em 2011 intitulado: O desenvolvimento Brasileiro: temas estratégicos, no qual discutem a remoção de barreiras ao desenvolvimento brasileiro e a ; 6) conformação da classe trabalhadora nos limites da ordem do capital.

Os sujeitos políticos coletivos do projeto de RSB lutaram na década de 1980 pela saúde como direito e dever do Estado, a construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e com participação da comunidade. Na década de 1990 a prioridade foi na implantação do SUS, nesse momento, a ênfase foi no processo de descentralização político-administrativa com vistas à municipalização. Nessa década, os sujeitos políticos coletivos históricos da RSB estavam recuados e assumem o protagonismo no processo de institucionalização do sistema de saúde o Conass e o Conasems.

Apesar da conjuntura difícil, durante toda a década de 1990, período dos governos de Collor e FHC, que implementaram o ideário neoliberal no país. No entanto, com a mobilização dos sujeitos políticos coletivos se conseguiu aprovar a Lei Orgânica da Saúde e; inicia-se o processo de organização dos conselhos de saúde nas três esferas de governo. Nesse momento, a luta se direcionou para a capacitação de conselheiros de saúde e pela melhoria do financiamento do setor, reivindicação que permanece até os dias atuais.

Dentre os sujeitos políticos coletivos hoje em luta pelo projeto de RSB destacamos: o Fórum da RSB e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que desenvolvem projetos e ações para garantir uma determinada hegemonia. Os sujeitos políticos coletivos são organismos culturais e ético-políticos, que contribuem para a construção do consenso a uma determinada concepção de mundo e projetos.

Dentre os sujeitos políticos coletivos do Fórum da RSB destacam-se a ABRASCO e o CEBES, que dão direção política ao Fórum. Vale a pena ressaltar que esses sujeitos políticos coletivos lutam pela RSB desde a década de 1970, mas com mudanças nas proposições acerca do projeto de RSB, havendo inflexões no século XXI. No que diz respeito a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, criada em 2010, destacam-se os Fóruns do Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas, Paraná e Londrina, sendo esses os fóruns mais antigos. .

O Fórum da RSB e a Frente tem disputado o projeto da RSB. Essa disputa ocorre na sociedade civil que não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. A trama da sociedade civil é formada por múltiplas organizações sociais de caráter cultural, educativo e religioso, mas também político e, inclusive econômico. Por seu intermédio, difundem-se a ideologia, os interesses e os valores da classe que domina o Estado, e se articulam o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social. Nela se forma a vontade coletiva, se articula a estrutura material da cultura e se organiza o consentimento e a adesão das classes dominadas.

O Fórum da RSB e a Frente possuem seus intelectuais que disseminam cultura tanto para o projeto de RSB flexionado ou da terceira via quanto para o projeto de RSB com princípios político-emancipatórios. Para Gramsci (2000a), os intelectuais, em vez de se constituírem em um grupo autônomo e independente, são uma criação das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política.

Quanto aos intelectuais na contemporaneidade, no que diz respeito ao projeto da RSB, identifica-se a disseminação junto aos sujeitos políticos coletivos de duas perspectivas antagônicas que orientam as suas práticas, sendo essas: 1) as

ideologias da pós-modernidade e a do neodesenvolvimentismo e, 2) a radicalização da democracia e a construção da vontade coletiva.

Ocorre que o predomínio entre os intelectuais da cultura está baseado na contemporaneidade nas ideologias da pós-modernidade. Essa ideologia diz respeito às teses que sustentam a crise de paradigmas nas ciências sociais e à necessidade de uma nova produção de conhecimento centrada na atenção às diferenças, ao efêmero, ao fragmentário. O principal alvo da crítica pós-moderna é a ideia de que a realidade é um todo complexo e contraditório, mas passível de ser apreendido racionalmente, problematizado e transformado. As tendências do pensamento pós-moderno está baseado na crítica ou recusa da racionalidade, do universal e da ideia de emancipação.

As concepções da pós-modernidade em articulação com a ideologia social-liberal vêm se constituindo como base para o projeto de hegemonia do capital e tem contribuído para apassivar as lutas sociais, através da construção de consensos. Tais ideologias têm uma influência significativa no modo de pensar dos intelectuais na contemporaneidade e a forma como esses têm realizado e disseminado a leitura da realidade e orientado as práticas dos sujeitos políticos coletivos.

Ao analisar os documentos defendidos pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Identifica-se uma tendência ascendente de incorporação pelo fórum das ideologias da pós-modernidade e a social-liberal ou neodesenvolvimentista. No primeiro documento **A Carta de Brasília** (2005) refere-se à RSB como projeto civilizatório, se aproxima dos princípios da RSB defendidos na década de 1980. No segundo documento **Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros** (2005) reafirma a RSB como um projeto civilizatório maior e começa a introduzir reflexões acerca do desenvolvimento sustentável. No terceiro documento **O SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade** (2006). Começa a enfatizar o cotidiano, o local, o efêmero e a realidade fragmentada.

Nesse documento é ressaltada a solidariedade como valor estruturante e a justiça social. As propostas apresentadas são no sentido de focalização da política com ênfase no cuidado e à humanização. As mudanças a serem realizadas passam por dentro do já existente. O quarto documento **Boletins da 13ª Conferência Nacional de Saúde** (2007) enfatiza a RSB como reforma solidária, a prioridade das

propostas são com o cuidado, as formas de desigualdade e de injustiça, a questão da responsabilidade social para cumprir o seu dever com a saúde, a qualidade de vida e a democracia. Nesse documento, o entendimento e alcance do projeto civilizatório é a cidadania. As demandas se voltam para o cotidiano. No quinto documento **A Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil** (2010) define os eixos prioritários de intervenção e as estratégias de ação, de forma a balizar os programas, objetivos e metas da Política de Saúde.

Esse documento expressa a adesão do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira às ideologias da pós-modernidade e do neodesenvolvimentismo. Uma vez que a sua agenda se volta para o cotidiano do SUS, deixando de apresentar proposições que priorizem as conexões estruturais tais como: totalidade, modo de produção, contexto e classe social. Também articula o crescimento econômico com desenvolvimento social na perspectiva neodesenvolvimentista. Vale a pena ressaltar que no documento a expressão Reforma Sanitária não é utilizada e deixa em aberto os novos modelos de gestão.

Esse processo do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que tenta conciliar diferentes projetos de RSB, a partir de uma revisão, ocorre devido a concepção da sociedade civil como espaço privilegiado de harmonização dos conflitos de interesses, transformando-se em Lócus estratégico de obtenção do consenso (NEVES, 2010). A noção da sociedade civil como espaço de colaboração social materializa-se como referência para iniciativas que procuram estabelecer obstáculos, ou efetivos impedimentos, à elevação do nível de consciência política coletiva da classe trabalhadora.

Outras concepções também estão sendo construídas pelos sujeitos políticos coletivos da Frente Nacional Contra a Privatização da saúde na perspectiva da radicalização da democracia, a construção da vontade coletiva e a defesa da RSB enquanto projeto político-emancipatório.

A vontade coletiva é a atividade política capaz de superar tanto o idealismo subjetivo quanto o materialismo mecanicista vulgar. Esse conceito está estreitamente ligado ao de reforma intelectual e moral, ou seja, à questão da hegemonia. O processo de hegemonia se realiza tanto no plano do movimento quanto no das instituições. Isso implica na construção de uma racionalidade nova, distinta da anterior.

O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira tem procurado novas respostas políticas, mas tem feito isso com articulação da ideologia do neodesenvolvimentismo junto com as ideias pós-modernas. Isso ocorre devido “à nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2010, p.25), que envolve a formulação de novas teorias, a formação de novos intelectuais orgânicos e a difusão pedagógica dos novos consensos.

É o realinhamento ideológico de teóricos e de forças políticas nas relações sociais e de poder. A aposta mais significativa da nova pedagogia da hegemonia é o complexo movimento concomitante de criação de novos sujeitos políticos coletivos, de reconversão dos antigos sujeitos políticos coletivos e de desorganização da visão crítica ao capitalismo para a construção do novo consenso. O alicerce da formação e da atuação dos sujeitos políticos coletivos na nova pedagogia da hegemonia encontra-se fundamentado na teorização antimarxista e no projeto político da nova social democracia, expresso no programa da terceira via.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde tem sido um sujeito político coletivo importante no processo de luta pelo projeto de RSB com as diretrizes da década de 1980, principalmente no que se refere à relação público/privado, na luta contra os novos modelos de gestão que estão sendo implementados na saúde.

Um aspecto a ser ressaltado é que a Frente tem problemas de financiamento para a realização de suas atividades. Cada ação implica em mobilização para definir os sujeitos políticos que financiarão. Esse problema vem sendo discutido pela Frente em seus seminários. Debate-se também, o formato da coordenação da Frente.

No entanto, a Frente tem disputado espaço com o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira na defesa do projeto da RSB, nos moldes da década de 1980. Houve um crescimento significativo desde sua criação, em 2010, conta na atualidade com 17 Fóruns Estaduais e 15 Fóruns Municipais que lutam principalmente contra todas as formas de privatização da gestão na saúde, através de Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, as Parcerias Público-Privados e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Além de ter incorporado às suas lutas outros sujeitos políticos coletivos, que antes integravam o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira tal como a Ampasa.

Os principais sujeitos políticos coletivos da Frente têm sido os Fóruns de Saúde. Parte deles as grandes mobilizações e organizações e as defesas das bandeiras de lutas da Frente, a partir das diferentes realidades estaduais e municipais. Observa-se que nos anos de 2010 e 2011, as lutas se concentraram nas Organizações Sociais e em 2012 na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

A Frente se configura como sujeito político coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante no processo de RSB. Os poucos intelectuais vinculados à Frente têm um papel preponderante no projeto da RSB na perspectiva de defender o projeto da RSB formulado na década de 1980. Esses intelectuais são fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política, para tanto, têm um papel primordial na organização da cultura.

REFERÊNCIAS

- ACANDA, Jorge Luís. **Sociedade civil e hegemonia**. Tradução de Lisa Stuart. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2006.
- _____. **Traducir Gramsci**. Instituto Cubano Del Libro. Editorial de Ciencias Sociales. Habana, Cuba, 2007.
- AROUCA, Antonio Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- _____. A reforma sanitária brasileira. Tema. **Radis**, n.11, 1988.
- _____. Crise brasileira e reforma sanitária. **Divulgação Saúde em Debate**, n. 4, p.15-18, 1991.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira. **Bol. ABRASCO**, n. 79, out-dez. 2000.
- _____. A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, n.26, 2002.
- _____.MANIFESTO: Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros. **Informativo da ABRASCO**. Ano XXI – Dez. n. 95, 2005.
- _____.CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Em defesa da saúde dos brasileiros. Carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos governos federal, estaduais, municipais e distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal. Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2002. **Boletim ABRASCO**, n. 85, 2002.
- BAHIA, Ligia. A Saúde em Banho-Maria. In: **Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.p.351-368. [A organização foi uma iniciativa do Conselho Regional de Economia, Sindicato dos Economistas e do Centro de Estudos para o Desenvolvimento do Rio de Janeiro.]
- BANCO Mundial. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993**: Investindo em Saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

_____. **Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro:** melhorando a qualidade dos gastos públicos e da gestão de recursos. Relatório do Banco Mundial, 2007.

BEHRING, Elaine, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social** : fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007. Série Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. A história da ABRASCO: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá. (Orgs). **Saúde coletiva como compromisso:** a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz. ABRASCO, 2006. p.45-73.

BERLINGUER, Giovani. Medicina e política. **Saúde Debate**, n. 23, p.62-65, 1988.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil Privatizado: um balanço do desmonte do Estado.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, (Coleção Brasil Urgente),1999.

BOSCHI, Renato Raul. **A arte da associação.** Rio de Janeiro: IUPERJ, 1987.

_____. VALLADARES, Lúcia Prado. Problemas Teóricos na análise de Movimentos Sociais: comunidade, ação coletiva e o papel do estado. **Espaço e Debates**, n. 3, 1983.

BRAGA, Ruy. Apresentação. In: OLIVEIRA, Francisco; BRAGA, Ruy, RIZEK,Cibele. (Org.). **Hegemonia às avessas: economia política e cultura na era da servidão financeira.** São Paulo: Boitempo, 2010. p. 07 a 14.

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

Brasil. Decreto n. 4.481 de 22 de novembro de 2002. Dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília. Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <www.planalto.gov.br> Publicado no D.O.U de 25/11/2002.

Brasil. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

interfederativa, e dá outras providências. Coletânea de Norma para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 3ª edição. Brasília-DF, 2011.

Brasil. **Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília. Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <www.planalto.gov.br. > Publicado no D.O.U de 16/12/2011.

Brasil. **Lei complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília. Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <www.planalto.gov.br.> Publicado no D.O.U de 16/01/2012.

Brasil. **Lei n. 8.080 de 19 de set. de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Coletânea de Norma para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 3ª edição. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. **Lei n. 8.142 de 28 de dez. de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. . Coletânea de Norma para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 3ª edição. Brasília-DF, 2011.

Brasil. **Lei n. 9.637 de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília. Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <www.planalto.gov.br.> Publicado no D.O.U de 18/05/1998 e retificado no D.O.U de 25/05/1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 1992.

____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica.** n. 1. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.

____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

____. Ministério da Saúde **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

____. Ministério do Interior. **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde: prev-saúde.** Brasília: Secretaria de Planejamento, 1980. 141p.

____. **Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

____. **Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: n. 88, 2006.

____. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis-** Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. São Luís: ABEPSS, Ano VIII, n. 13 – janeiro a junho, 2007. P. 121-150.

____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério Saúde, 2006.

____. MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In:____. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: AdUFRJ. Seção Sindical. Pela Saúde, 2011. Série Cadernos de saúde.

____. CORREIA. Maria Valéria. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & sociedade**, São Paulo, n. 109. Jan-mar. 2012.

____. et al. Partidos políticos e a luta por saúde. In:____. MENEZES, Juliana Souza Bravo de Menezes. (Orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

____.; MARQUES, Morena .Gomes. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto privatista. . In:____.; MENEZES, Juliana Souza Bravo de Menezes. (Orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 78, São Paulo, 2004.

____. Mudanças no perfil das lutas de classes e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das ciências sociais. In: BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana Souza Bravo de Menezes. (Orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a Reforma Sanitária. **Saúde Debate**, n. 23, p. 7-12, 1988.

____. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde Debate**, n. 37, p. 16-19, 1992.

CARVALHO, Gilson. Fundações públicas estatais administradas sob direito privado: entre a desinformação e má-fé. **RADIS**, set. 2007.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 112, out/dez. 2012.

____. (Org.). O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano. In:____. **Encruzilhadas da América Latina no Século XXI**. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área de saúde. **Saúde Debate**, n. 9, p.11-13, jan.- mar.1980.

COHN, Amélia. **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Correia. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

____.; BRAVO; Maria Inês de Souza. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In:____.; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **Saúde na**

atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: AdUFRJ. Seção Sindical. Pela Saúde, 2011. Série Cadernos de Saúde.

COUTINHO, Carlos Nelson. **A época neoliberal:** revolução passiva ou contra-reforma. 5º Seminário Internacional Gramsci. UNESP, Marília, São Paulo, 28-30 de agosto de 2007. Notas.

____. **Democracia e socialismo:** questões de princípio & contexto brasileiro. São Paulo: Cortez, 1992.

____. **Intervenções:** o marxismo na batalha das ideias. São Paulo: Cortez, 2006.

____. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, Francisco; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele. (Orgs). **Hegemonia às avessas:** economia política e cultura na era da servidão financeira. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 29-43.

---. O Estruturalismo e a miséria da razão. 2ª edição. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

____. **De Rousseau a Gramsci.** São Paulo: Boitempo, 2011.

DIAS, Edmundo Fernandes. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: _____. **O outro Gramsci.** São Paulo: Xamã, 1996.

SCOREL. Sarah. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FILGUEIRAS, Luiz et al. Modelo liberal- periférico e bloco de poder: política e dinâmica macroeconômica nos governos lula. In: **Os anos Lula:** contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p.35-69. [A organização foi uma iniciativa do Conselho Regional de Economia, Sindicato dos Economistas e do Centro de Estudos para o Desenvolvimento do Rio de Janeiro].

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

____. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

____. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p. 307-309, 2004.

____. BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo. (Org). Fundamentos da Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

FONSECA, C.M.O. A história da ABRASCO: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade Lima; SANTANA, José Paranaguá. (Orgs.). **Saúde coletiva como compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz; ABRASCO, 2006.

FÓRUM da Reforma Sanitária Brasileira. **Reafirmando Compromissos pela saúde dos Brasileiros**, ABRASCO/CEBES/Abres/Rede Unida/Ampasa, 2005. Brasília, nov.2005.

____. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. ABRASCO/CEBES/Abres/Rede Unida /Ampasa. Rio de Janeiro, jul. 2006.

____. **BOLETIM DO FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**. O Controle Social é uma Questão Estratégica. Divulgado durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Dez, 2007.

____. A Reforma Sanitária é uma Reforma Solidária. **BOLETIM DO FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**. Divulgado durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Dez, 2007.

____. Mudanças na saúde exigem alteração no modelo de desenvolvimento e superação das desigualdades. **BOLETIM DO FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**. Divulgado durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Dez, 2007.

___ . Carta de Salvador: uma agenda estratégica para a saúde no Brasil 2011. **Informativo da ABRASCO**, ANO XXVII – Dez. n. 105, 2010.

___ . Agenda estratégica para a saúde no Brasil: 5 diretrizes de uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos. **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira**. ABRASCO/ Conasems/Rede Unida/APSP/SBMFC/CEBES/ CFM, 2011.

FSRJ - FÓRUM de Saúde do Rio de Janeiro. O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a Frente Contra as Organizações Sociais. **Boletim do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2010.

FPSESP – FÓRUM Popular de Saúde do Estado de São Paulo. **Quem Somos**. São Paulo: [s.n.], 2012. Disponível em <WWW.forumpopulardesaude.com.br>.

FÓRUM Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina. História do Fórum. ___ . **Projeto de Extensão Conhecer para Defender**. Londrina: [s.n.], 2012. Disponível em: <forumpopularindblogspot.com>.

___ . **Defender para Garantir**. Londrina: [s.n.], 2012. Disponível em: <forumpopularindblogspot.com>.

___ . **Fortalecendo a formação política para o debate da Saúde Pública em Londrina**. Londrina: [s.n.], 2012. Disponível em: <forumpopularindblogspot.com>.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Em defesa do SUS**: público, estatal, universal e de qualidade. 2011.

___ . **Carta aos Ministros do Supremo Tribunal Federal**. 2010.

___ . **SEMINÁRIO NACIONAL “20 anos de SUS: lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”**. Rio de Janeiro UERJ, 2010.

___ . **Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil**: Frente Nacional pela procedência da ADI 1.923/98 e Contra as Organizações Sociais. Brasília, 2010.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Temas para o Desenvolvimento com Equidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2006

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

GOLDBAUM, Moisés; BARATA, Rita. O Feito por Fazer. In: LIMA, Nísia Trindade Lima; SANTANA, José Paranaguá. (Orgs.). **Saúde coletiva como compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz; ABRASCO, 2006.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

_____. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 9.Ed.; tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

_____. **Cadernos do Cárcere**. Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. Vol. 1.

_____. **Cadernos do Cárcere**: Os intelectuais, O princípio educativo, Jornalismo. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a. Vol. 2.

_____. **Cadernos do Cárcere**: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho; coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b. Vol. 3

_____. **Cadernos do Cárcere**. Temas de Cultura; Ação Católica; Americanismo e Fordismo. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho; coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. Vol. 4.

____. **Cadernos do Cárcere**. O *Risorgimento*. Notas sobre a história da Itália. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002a. Vol. 5.

____. **Cadernos do Cárcere**. Literatura. Folclore. Gramática. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho; coedição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Luiz Sérgio Henriques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002b. Vol. 6.

GRANEMANN Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO; Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: AdUFRJ. Seção Sindical. Pela Saúde, 2011. p. 50-55. Série Cadernos de saúde.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **Filosofia do Direito**. Tradução de Paulo Menezes et al. São Leopoldo, Rio Grande do Sul: Editora UNISINOS, 2010.

HOBBS, Thomas. **Leviathan**. São Paulo: Nova Cultural, 1994. (Col. Os Pensadores).

IASI, Mauro Luís. **As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

LANDER, Edgardo. Las ciencias sociales em El atolladero. América Latina em tiempos posmodernos. **Nueva Sociedad**, Caracas, n. 150, p. 19-23, jul/ago. 1997.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos; FLEURY, Sonia. **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. (Orgs.) Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

____. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARX, Karl. Prefácio à “contribuição à crítica da Economia Política”. In:____; ENGELS, Friedrich. **Obras escolhidas**. São Paulo: Alfa-ômega, 1982. Vol. 1.

____. **A Ideologia Alemã**. Tradução de José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. 9ªed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993.

____. **Manuscritos Econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Seleção de Textos de José A. Giannotti. Traduções de José C. Bruni et al. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978 (Coleção Os Pensadores).p. 116-123.

____. ENGELS, Friedrich. **Correspondência. Buenos Aires**: Cartago, 1987.

MARX, Karl.; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. Prólogo de José Paulo Netto. São Paulo: Cortez, 1998.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade Medeiros. Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária Brasileira. **Tese** (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

MENDES, Áquilas. Impasses da saúde pública brasileira. **Caros Amigos Especial**. São Paulo: Editora Casa amarela, ano XVI n.º 59, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MOISÉS, José Álvaro. **Contradições Urbanas e Movimentos Sociais**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

MOPS – Movimento Popular de Saúde. **Construção Histórica do MOPS**. 2013.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010. **Biblioteca Básica de Serviço Social**. Vol. 5.

MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1990.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. (Org.). **Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil**. São Paulo: Xamã, 2010.

____. A política educacional brasileira na “sociedade do conhecimento”. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Júlio César França (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

____. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos (org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

OLIVEIRA, F. Hegemonia às Avessas. In: OLIVEIRA, Francisco; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Org.). In: **Hegemonia às avessas: economia política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 21-27.

____. **Crítica à razão dualista: O Ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo Editorial. 1ª reimpressão, 2006.

____. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

____. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, 2007.

____. A política de saúde no governo Lula e dialética do menos pior. **Saúde Debate**, v. 29, n. 31, p.268-283, 2005.

RAWLS, John. **A Theory of Justice**. Harvard University Press, 1971.

RIBEIRO, Sâmbara Paula et al. O Cotidiano profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. **Revista Katálýsis**. Serviço Social: contribuições analíticas sobre o exercício profissional. Santa Catarina. UFSC. 2005.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

____. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. Orgs. SALVADOR, Evilásio et al. São Paulo: Cortez, 2012.

SAMPAIO Jr., Plínio de Arruda Sampaio. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 112. Out/dez.2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Orgs.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e os novos embates da Filosofia da Práxis**. Aparecida: Idéias & Letras, 2006.

SIMIONATO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. Florianópolis: Ed. da UFSC, São Paulo: Cortez, 1995.

SOARES, Raquel Cavalcante. A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. **Tese** (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco), 2010.

WOOD, Ellen Meiksins. O que é a agenda 'pós-moderna'? (introdução). In: ____; FOSTER, John Bellamy. (Org.). **Em defesa da História: marxismo e pós-modernismo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

WEBSITES CONSULTADOS

Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

<www.abrasco.or.br>

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

<www.cebes.org.br>

Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

<www.contraprivatizacao.com.br>

Fórum de Saúde do Paraná

<fopspr.wordpress.com>

Fórum de Saúde do Rio de Janeiro

<pelasaude.blogspot.com>

Fórum Popular de Saúde do Estado de São Paulo

<www.forumpopulardesaude.com.br>

Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização de Alagoas

<forumsus.blogspot.com>

Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região

<forumpopularind.blogspot.com>

Ministério da Saúde

<www.saude.gov.br>

Conselho Nacional de Saúde

< www.conselho.saude.gov.br>