

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO

**RUPTURAS E CONTINUIDADES NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA
ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO
POLÍTICO**

Recife

2016

EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO

**RUPTURAS E CONTINUIDADES NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA
ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO
POLÍTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira.

Co-orientadora: Profa. Dra. Cecile Soriano Rodrigues

Recife
2016

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

B238r

Barbosa Filho, Evandro Alves

Rupturas e continuidades no Sistema Nacional de Saúde da África do Sul pós-apartheid: uma análise crítica do discurso político / Evandro Alves Barbosa Filho, 2016.

381 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cristina de Sousa Vieira e Coorientadora prof.^a Dra. Cecile Soriano Rodrigues.

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2016.

Inclui referências e apêndices.

1. Mestiços – África do Sul. 2. Sistema de saúde. 3. Neoliberalismo. I. Vieira, Ana Cristina de Sousa (Orientadora). II. Rodrigues, Cecile Soriano (Coorientadora). III. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2017 – 262)

EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO

**RUPTURAS E CONTINUIDADES NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA
ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO
POLÍTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Aprovado em 29/11/2016 pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Dra. Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)

Profª Dra. Cecile Soriano Rodrigues (Co-orientadora)

Profª Dra. Raquel Cavalcante Soares (Membro Titular Interno)

Profº Dr. Marco Antônio Mondaini de Souza (Membro Titular Externo)

Profª Dra. Joselma Cavalcanti Cordeiro (Membro Titular Externo)

Profª. Drª. Rosa Maria Cortês de Lima (Membro Suplente Interno)

Profº. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca (Membro Suplente Externo)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é analisar as rupturas e continuidades do discurso político sobre saúde na África do Sul Pós-*apartheid*. O estudo é qualitativo e se fundamenta na teoria materialista do Estado, no materialismo histórico-geográfico e nos estudos críticos de discurso de matriz bakhtiniana. Para o tratamento e análise dos *corpora* documental e bibliográfico foram utilizados conceitos e estratégias oriundos da transdisciplinar análise crítica de discurso. O *corpus* documental é formado, principalmente, por discursos políticos sobre saúde formulados pelos consecutivos governos nacionais do *African National Congress* - ANC e pelo Departamento Nacional de Saúde, e materializados nos enunciados de políticas e programas nacionais de saúde publicados entre 1994 e 2015. Além disso, em concordância com a perspectiva bakhtiniana, que considera os discursos como cenários da luta de classes e “ideologias em movimento”, determinados pelo chamado referente discursivo, que equivale aos lugares de classe e poder dos sujeitos do discurso, foi realizada revisão da literatura em língua inglesa e em português sobre a História contemporânea do Estado e das políticas nacionais de Saúde do país que criou um sistema de capitalismo racial, baseado na ultra exploração da força de trabalho negra e na institucionalização do racismo por meio do Estado capitalista moderno, cujo exemplo mais extremo foi o regime do *apartheid*, iniciado em 1948, resultante do pacto entre a classe trabalhadora branca e a elite política *afrikaner*. Além de serem analisadas as principais transformações na concepção do Sistema Nacional de Saúde desde o processo de democratização, iniciada com as eleições gerais de 1994, que levaram o ANC ao poder, foram analisados o cenário, os sujeitos e as relações de poder envolvidos no processo de transição à democracia e as suas relações com a reprodução capitalista na África do Sul nas últimas duas décadas. A pesquisa identificou significativas rupturas na concepção e na organização do Sistema Nacional de Saúde. Dessa forma, quando comparado ao sistema fragmentado, biomédico, racialmente segregado, assistencialista, privatista, ineficiente e dependente de subsídios estatais, vigente desde o fim do período colonial, aprofundado pelo sistema de bem-estar social pigmentocrático do *apartheid*, o discurso político sobre o Sistema de Saúde Pós-*apartheid* indica a tentativa de transformações em direção ao enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, por meio da reorganização sistêmica da Política Nacional de Saúde. Esta deveria funcionar como um sistema único, integrado e fundamentado em perspectivas de atenção primária em saúde, enfatizando a responsabilidade das diferentes esferas do Estado e dos distritos de saúde em prover serviços de maneira descentralizada, transformando a formação e os processos de trabalho em saúde. No entanto, mesmo com os avanços na cobertura e gratuidade dos serviços de saúde, sobretudo dos básicos, existem obstáculos estruturais à efetiva implantação do Sistema Nacional de Saúde. O principal é o compromisso do ANC em seguir diretrizes neoliberais ultra ortodoxas, legitimadas pela Constituição Nacional de 1996 e pelo programa de contrarreforma do Estado, o *Growth, Employment and Redistribution* (GEAR), o que aprofundou a mercantilização das políticas sociais e tornou o país mais desigual do que durante o *apartheid*.

Palavras-chave: África do Sul. Sistema de Saúde. Capitalismo Racial. Estado. Neoliberalismo.

ABSTRACT

This research aims to analyze the ruptures and continuities of the political discourse on health in post-apartheid South Africa. The study is qualitative and based on the materialist theory of the State, on historical-geographical materialism and on discourse critical studies of Bakhtin's matrix discourse. For the treatment and analysis of documentary and bibliographic corpora, concepts and strategies from the transdisciplinary critical discourse analysis were applied. The documentary corpus is mainly comprised by political discourses on health formulated by the consecutive national governments of the African National Congress - ANC and the National Department of Health, and materialized in the statements of national health policies and programs published between 1994 and 2015. Moreover, in agreement with the Bakhtinian theoretical approach, which considers discourses as scenarios of the class struggle and "moving ideologies", determined by the so-called discursive referent, which is equivalent to the places of class and power of the subjects of discourse. Due this perspective, a literature review was carried out in English language and in Portuguese about the contemporary history of the State and the national health policies of the country that created a racial capitalism system, based on the ultra-exploitation of the black labor force and the institutionalization of racism through the modern capitalist state, whose the most extreme example was the apartheid regime, which began in 1948, resulting from the pact between the white working class and the Afrikaner political elite. In addition to analyzing the main transformations in the conception of the National Health System since the process of democratization, which began with the general elections of 1994, which brought the ANC to power, were analyzed the scenario, subjects and power relations involved in the transition process to democracy and its relations with capitalist reproduction in South Africa in the last two decades. The research identified significant ruptures in the conception and organization of the National Health System. Thus, when compared to the fragmented, biomedical centred, racially segregated, assistantialist, privative, inefficient and state subsidized system, in force since the end of the colonial system, by the apartheid system of social welfare, the political discourse on the Post-Apartheid Health System points out the attempt of transformations towards the confrontation of the social inequalities in health, through the systemic reorganization of the National Health Policy. This should function as a single, integrated and grounded system of primary health care perspectives, emphasizing the responsibility of different spheres of the state and health districts to provide services in a decentralized way, transforming health education and work processes. However, even with advances in coverage and free health services, especially basic ones, there are structural obstacles to the effective implementation of the National Health System. The main one is the commitment of the ANC to follow ultra-orthodox neoliberal guidelines, legitimized by the National Constitution of 1996, and by the state counterreformation program, Growth, Employment and Redistribution (GEAR), which deepened the commodification of social policies and made the country more unequal than during apartheid.

Keywords: South Africa. Health system. Racial Capitalism. State. Neoliberalism.

RIEPILOGO

L'obiettivo di questa ricerca è quello di analizzare le rotture e la continuità del discorso politico sulla salute in Sud Africa post apartheid. Lo studio è qualitativo e si basa sulla teoria materialistica dello stato, sul materialismo storico geografico e su studi critici di discorso di matrice bakhtiniana. Per il trattamento e l'analisi dei corpora documentale e bibliografico sono stati utilizzati concetti e strategie provenienti da transdisciplinare analisi critica di discorso. Il corpus documentale è formato principalmente da discorsi politici sulla salute formulati dai consecutivi governi nazionali di African National Congress-ANC e il Dipartimento Nazionale di salute e materializzato nelle dichiarazioni delle politiche sanitarie nazionali e dei programmi pubblicati tra il 1994 e il 2015. Inoltre, secondo la prospettiva bakhtiniana, che considera i discorsi come scenari di lotta di classe e "ideologie in movimento", determinate dallo chiamato concorrente discorsivo, che equivale a posti di classe e potere dei soggetti del discorso, è stata realizzata una revisione di letteratura in lingua inglese e in portoghese sulla storia contemporanea dello Stato e delle politiche nazionali di Salute del paese che ha creato un sistema di capitalismo razziale, basato su ultra sfruttamento della forza di lavoro nera e sull'istituzionalizzazione del razzismo attraverso lo stato capitalista moderno, il cui esempio più estremo è stato il regime dell'apartheid, iniziato nel 1948, risultante del patto tra la classe operaia bianca e l'élite politica afrikaner. Oltre ad essere analizzati i principali cambiamenti nella concezione del sistema nazionale di salute dal momento del processo di democratizzazione, iniziato da elezioni politiche del 1994, che ha portato l'ANC al potere, sono stati analizzati lo scenario, i soggetti e le relazioni di potere coinvolte nel processo di transizione verso la democrazia e le sue relazioni con la riproduzione capitalista in Sud Africa negli ultimi due decenni. La ricerca ha identificato significative interruzioni nella concezione e organizzazione del sistema sanitario nazionale. In questo modo, rispetto allo sistema frammentato, biomedico, razzialmente segregato, assistenzialista, privatista, inefficiente e dipendente da sovvenzioni statali, in vigore dalla fine del periodo coloniale, approfondito dal sistema di benessere sociale pigmentocratico dell'apartheid, il discorso politico sul sistema sanitario post-apartheid indica il tentativo di trasformazioni verso il confronto delle disuguaglianze sociali in salute, attraverso la riorganizzazione sistemica della politica sanitaria nazionale. Questo dovrebbe funzionare come un unico sistema integrato, basato su prospettive di assistenza sanitaria primaria, sottolineando la responsabilità delle diverse sfere dello stato e dei distretti sanitari nella fornitura di servizi di modo decentralizzato, trasformando la formazione e processi di lavoro nel settore sanitario. Tuttavia, nonostante i progressi compiuti in copertura e servizi sanitari gratuiti, soprattutto quelli basici esistono ostacoli strutturali allo effettivo impianto del sistema sanitario nazionale. La cosa più importante è l'impegno dell'ANC a seguire orientamenti neoliberali ultra ortodossi, legittimati dalla Costituzione nazionale del 1996 e dalla Controriforma dello Stato, il *Growth, Employment and Redistribution (GEAR)*, che ha approfondito la mercificazione delle politiche sociali e ha reso il paese più diseguale rispetto all'apartheid.

Parole Chiavi: Sud Africa. Sistema Sanitario. Capitalismo Razziale. Stato. Neoliberalismo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Questões norteadoras das leituras e pré-análises do corpus documental	106
Quadro 2: Princípios do National Policy for Health Act, Número 116 de 1990	215
Quadro 3: Recomendações do National Service Delivery Plan para o Sistema Nacional de Saúde	227
Quadro 4: Categorias de Municípios da África do Sul de acordo com o Municipal Structure Act, Número 117 de 1998	249
Quadro 5: Princípios e propostas para a organização do Sistema Nacional de Saúde de acordo com National Health Plan for South Africa	265
Quadro 6: Propostas do The White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa a propósito da implantação e organização do Sistema Nacional de Saúde	273
Quadro 7: Conteúdo do National Health Act, Número 61 de 2003	281
Quadro 8: Pontos de Discussão e Objetivos do Ten Point Plan	285
Quadro 9: Conteúdo do Re-engineering PHC	292
Quadro 10: Principais críticas da Democratic Alliance em relação ao modelo de sistema único de saúde formulado pelo Departamento Nacional de Saúde e pelo ANC	321

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC - Abstinence-only, Be faithful, use a Condon [Abstinência, Fidelidade e uso de Preservativo]

ADC – Análise de Discurso Crítica

ANC - African National Congress [Congresso Nacional Africano]

BEE - Black Economic Empowerment [Programa de Empoderamento Econômico Negro]

BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

CBM - Consultative Business Movement [Movimento Consultivo de Negócios]

CHWs - Community Health Workers [Trabalhadores de Saúde da Comunidade]

COPC - Community Primary Care [Atenção Primária em Saúde Orientada à Comunidade]

COSATU - Congress of South African Trade Unions [Central Sindical Sul-Africana]

DA - Democratic Alliance [Aliança Democrática]

DCoG - Department of Cooperative Governance [Departamento de Governança Cooperativa]

DHIS - District Health Information System [Sistema de Informação de Saúde do Distrito]

DMTs - District Management Teams [equipes de gestão dos distritos]

DOH - National Department of Health [Departamento Nacional de Saúde]

EFF - Economic Freedom Fighters [Partido dos Combatentes da Liberdade Econômica]

EPG – Eminent Persons Group [grupo de representantes do Governo]

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FMI - Fundo Monetário Internacional

GEAR - Growth, Employment and Redistribution [Crescimento Emprego e Redistribuição]

HISP - The Health Information System Programme [Programa de Sistemas de Informação em Saúde]

MACH - Ministerial Advisory Committee on Health [Comitê Consultivo Ministerial sobre Saúde Ministerial]

MDG - Millennium Development Goals [Metas de Desenvolvimento do Milênio]

MEC - Mineral Energetic Complex [o Complexo Mineral Energético]

NEM - Normative Economic Model [Normativa de Modelo Econômico]

NHI - National Health Insurance [Seguro Nacional de Saúde]

NPC - National Planning Commission [Comissão Nacional de Planejamento]

NSDA - Negotiated Service Delivery Agreement

NUM - National Union of Mineworkers [União Nacional dos Trabalhadores da Mineração]

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAE - Programa de Ajuste Estrutural

PDOH - Provincial Department of Health [Departamentos Provinciais de Saúde]

PIB – Produto Interno Bruto

PT – Partido dos Trabalhadores

PUI problems - Poverty, Unemployment and Inequalities [Pobreza, Desemprego e Iniquidades]

RDP – Reconstruction and Development Program [Programa de Reconstrução e Desenvolvimento]

SACCI - *South African Chamber of Commerce and Industry* [Câmara Sul-africana de Comércio e Indústria]

SACOB - South African Chamber of Business [Câmara de Negócios da África do Sul]

SACP - South African Communist Party [Partido Comunista Sul-Africano]

SDI - Strategic Defence Initiative [Iniciativa de Defesa Estratégica dos Estados Unidos da América]

STATSSA – Statistics South Africa [Instituto Sul-Africano de Estatística]

TEC - Transitional Executive Council [Conselho Executivo de Transição]

WEF - The World Economic Forum [Fórum Econômico Global]

UCT – University of Cape Town [Universidade da Cidade do Cabo]

UDF - United Democratic Front [Frente Democrática Unida]

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USAID – United States Agency for International Development [Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional]

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL, ESCOLHAS E PERCURSO DA PESQUISA	25
2.1	A FORMA E A COMUNIDADE POLÍTICA BURGUESA: O ESTADO	25
2.2	ESTADO, NEOLIBERALISMO E O ESTADO NEOLIBERAL	37
2.3	A TEORIA SOCIAL DO DISCURSO A PARTIR DA FILOSOFIA DA LINGUAGEM DO CÍRCULO DE BAKHTIN	65
2.4	ANÁLISE CRÍTICA DE DISCURSO: COMO TRANSDISPLINA E RECURSO DE ANÁLISE POLÍTICA	80
2.5	CONCEITOS E ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DO CORPUS ATRAVÉS DA ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA (ADC)	88
2.5.1	Matriz Social do Discurso	94
2.5.2	Ordem Social dos Discursos	94
2.5.3	Estratégias de Legitimação dos Discursos Políticos	95
2.5.4	Formações Ideológicas e Formações Discursivas	98
2.5.5	Fórmulas discursivas	99
2.6	FONTES DE EVIDÊNCIAS E DELIMITAÇÃO DO CORPUS	100
2.6.1	Indo além das palavras: pesquisa e análise bibliográfica	100
2.6.2	Fontes documentais: definindo o corpus do discurso político	103
2.7	ESTRATÉGIAS DE VALIDAÇÃO DA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO	109
2.8	ASPECTOS ÉTICOS	112
3	O CONTEXTO DE PRODUÇÃO DO DISCURSO POLÍTICO NA ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID	113
3.1	A NATUREZA DA TRANSIÇÃO À DEMOCRACIA: O TRANSFORMISMO POLÍTICO DO ANC E A SUPREMACIA NEOLIBERAL	113

3.2	A REPRODUÇÃO DAS RELAÇÕES CAPITALISTAS NA ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID: NEOLIBERALISMO E 20 ANOS DE GOVERNOS DO ANC	145
3.3	O SISTEMA DE BEM-ESTAR SUL-AFRICANO: DA SEGREGAÇÃO RACIAL AO ESTADO GERENCIAL	171
4	RUPTURAS E CONTINUIDADES NO DISCURSO POLÍTICO SOBRE SAÚDE NA ÁFRICA DO SUL DEMOCRÁTICA	192
4.1	A POLÍTICA DE SAÚDE NA ÁFRICA DO SUL ANTES DA DEMOCRACIA: RACISMO, FRAGMENTAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO ÁFRICA DO SUL DEMOCRÁTICA: O LUGAR DA SAÚDE PÚBLICA E OS LIMITES ESTRUTURAIIS	192
4.2	A ESTRUTURA DO ESTADO E AS FUNÇÕES DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GOVERNO NA ÁFRICA DO SUL DEMOCRÁTICA: O LUGAR DA SAÚDE PÚBLICA E OS LIMITES ESTRUTURAIIS	232
4.3	O SISTEMA DE SAÚDE DA ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID: INSTITUCIONALIZAÇÃO E OBSTÁCULOS	258
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	325
	REFERÊNCIAS	364
	APÊNDICE A - <i>Corpus</i> documental sobre ou com implicações na política nacional de saúde da África do Sul racista (colonial, união sul-africana e <i>apartheid</i>)	377
	APÊNDICE B - <i>Corpus</i> documental sobre ou com implicações na política nacional de saúde da África do Sul pós-<i>apartheid</i>	381

1 INTRODUÇÃO

Na manhã do dia 21 de março, em uma *township* a 45 quilômetros de distância de Johannesburg, em Gauteng, a mais rica província da África do Sul, uma multidão de entre 5.000 e 7.000 homens e mulheres negros protestavam pacificamente contra a imposição da Lei dos Passes, o *The Pass Laws Act*, decretado em 1952. Esta Lei Nacional obrigava a todos os sul-africanos negros com 16 anos ou mais a levar consigo durante todo o tempo em que estivesse nos 87% do país reservado aos brancos, um livro de passe, que ficou conhecido como *dompas*¹. Esta medida, que retirava a liberdade de circulação de todos os homens sul-africanos negros, logo foi estendida às mulheres negras. Em caso de não portarem o *dompas* ou de o documento apresentar alguma irregularidade, os negros e suas famílias eram deportados para as reservas ou sumariamente detidos e punidos pela polícia. Este cotidiano de controle, vigilância e violência levava anualmente à prisão mais de 250.000 negros, dos quais grande parte eram trabalhadoras informais que buscavam alternativas de trabalho e renda fora das empobrecidas favelas e bantustões reservados aos negros. Estas áreas pobres, que ao longo do século passado somaram de 7% a 13% do território sul-africano, concentravam mais de 50% da população, que era de 17.383 milhões, em 1960. A ideia central do Estado Sul-africano com a Lei dos Passes era controlar e vigiar a principal reserva de força de trabalho barata da África do Sul: a classe trabalhadora negra, em um país em que as elites

¹ O *dompas* era similar a um passaporte, na verdade era um passaporte interno dos negros em uma África do Sul, que pretendia ser um país europeu no continente africano. Mas o passe levava mais informações do que um simples passaporte. Além de foto, impressões digitais, detalhes do trabalho desenvolvido pelo negro ou negra, a permissão dada pelo Governo Sul-africano para ele ou ela circular em determinada área do país, as qualificações para trabalhar ou procurar emprego e relatórios dos empregadores sobre a qualidade e produtividade do trabalhador, além de dados sobre o seu comportamento, que condicionava o seu acesso aos territórios e cidades classificadas como destinadas aos sul-africanos brancos. Se um trabalhador negro desagradasse o seu empregador e este se recusasse em fazer o relatório de permanência, o direito do trabalhador em permanecer na área de trabalho era perdido. De acordo com a *Pass Law*, os oficiais do governo e da polícia tinham o poder (e a função) de expulsar os trabalhadores irregulares a qualquer momento, sem apresentar nenhuma explicação. Os membros da família do trabalhador expulso também eram forçados a deixar as áreas “brancas” sob o risco de serem presos ou deportados para o bantustão que o Estado racista destinava ao seu grupo nativo. A leitura das informações do *dompas* demonstravam que a única coisa que justificava a permanência dos negros nas zonas brancas era para vender a sua força de trabalho.

políticas, econômicas e grande parte da classe trabalhadora branca, desprezavam e até duvidavam do *status* humano dos negros².

Neste movimento pelo fim da obrigatoriedade do uso dos passaportes internos em seu próprio país, os sul-africanos negros se aglutinaram em frente ao distrito policial, que contava com 20 soldados armados. Mesmo assim, eles pediram reforços. O pedido foi imediatamente atendido, com 130 homens, escoltados por quatro tanques Saracen, invadindo a comunidade. Voos rasantes de jatos Sabre e monomotores Harvard buscaram, sem sucesso, dispersar a multidão, já tão familiarizada com a hostilidade policial e militar. Por volta das 13 horas, de acordo com relatos de testemunhas, a tentativa da polícia de deter um dos homens revoltosos causou uma pequena confusão perto do portão de entrada da delegacia, o que fez com que algumas pedras fossem atiradas contra os tanques da polícia. O comandante da polícia, G. D. Pienaar, teria então ordenado seus homens a carregar os revólveres, rifles e submetralhadoras. E então, sem que tenham dado qualquer alerta para os manifestantes ou determinação para recuarem, os policiais abriram fogo. Completamente desprevenidos e cientes da forma de extrema violência utilizada pela polícia contra

² Mesmo a segregação racial fazendo parte da vida social sul-africana desde a invasão europeia, a segregação oficial se tornou mais rígida e violenta a partir da instituição do *apartheid* em 1948. A partir do *The Population Registration Act* – Ato Nacional de Registro Populacional, Número 30, de 1950, esta Lei Nacional sobre o registro e classificação racial demandava que as pessoas nascidas no país fossem identificadas e registradas desde o nascimento dentro de um dos quatro diferentes grupos raciais: brancos, *coloured* (ou mestiços), bantu (ou sul-africanos negros) e outros. Com o crescimento da comunidade asiática, indiana e chinesa, a categoria *asian* foi criada. Este sistema de classificação e segregação oficial era um dos pilares do *apartheid*, a raça era utilizada até na numeração do Documento de Identidade das pessoas. A implementação do ato entre crianças e adultos era caracterizada pela realização de testes humilhantes, como por meio da verificação de traços físicos do fenótipo e linguísticos. A redação do Ato era imprecisa e confusa, permitindo conflitos e discordâncias nas análises. Mesmo assim, foi aplicada com grande entusiasmo e rigor pelos funcionários do Estado racista. Segundo esta Lei Nacional, “uma pessoa branca é aquela com uma aparência obviamente branca – e não aceita como *coloured* e amplamente aceita como branca. Mesmo sendo aparentemente branca, uma pessoa não pode ser classificada como branca se seus pais biológicos eram classificados como *coloured* ou bantu (negro)”. “Bantu era a pessoa que é, ou é geralmente aceita como membro de uma raça aborígine ou tribo africana...” “*Coloured* é a pessoa que não é branca ou bantu”. A aplicação desta Lei levou membros de famílias a serem classificados como pertencentes a diferentes raças e, portanto, definitivamente separados, já que raças distintas não poderiam morar nas mesmas áreas ou frequentar os mesmos espaços públicos ou privados. Muitas pessoas apelaram contra a classificação recebida no intuito de melhorar a sua integração social ou financeira. Mesmo que amplamente criticado pelos setores progressistas da sociedade, esta Lei só foi revogada 41 anos depois, por meio do *The Population Registration Act Repeal* – Revogação do Ato Nacional de Registro Populacional, Act Número 114, de 1991.

a população negra, os manifestantes bateram em retirada. Mesmo assim, as forças de repressão do Estado sul-africano alvejaram, pelas costas, mulheres, crianças e homens. Pouco mais de dois minutos depois de metralharem os civis, 69 pessoas estavam mortas, incluindo 8 crianças e 10 mulheres, e 180 estavam feridos, dos quais 31 mulheres e 19 crianças.

A menos de 180 quilômetros de distância do cenário do massacre anterior, na área de Rustenburg, ainda em Gauteng, no dia 16 de agosto, outro grupo de cerca de 3.000 manifestantes formados por trabalhadores negros sul-africanos realizava um protesto contra os baixíssimos salários e péssimas condições de trabalho nas zonas de mineração de platina da multinacional pertencente ao Complexo Mineral exportador LONMI. Os trabalhadores haviam iniciado a greve dez dias antes e pediam o aumento dos baixos salários, que não excediam o equivalente a US\$ 500,00 para um salário básico de 12.500 Rands, cerca de US\$ 1.000,00. A negativa da empresa em conceder o aumento salarial e a falta de apoio por parte do principal sindicato do setor, o *National Union of Mineworkers* (NUM), resultou na ocupação de parte das áreas de extração de platina. Com a exploração mineral paralisada e com um expressivo contingente de trabalhadores grevistas e ameaçando entrar em greve em todo o país, pelos mesmos motivos, as forças de repressão do Estado Sul-africano foram novamente mobilizadas.

Logo, no décimo dia de greve, sem que as negociações mostrassem uma saída para o cotidiano de ultra exploração dos trabalhadores negros nas minas da LONMI e a ruptura com o sindicato governista, o NUM, um grupo de manifestantes foi cercado pela Polícia da África do Sul, pelas forças privadas de segurança da LONMI e do NUM que usaram gás lacrimogênio, jatos de água e, finalmente, abriram fogo contra os manifestantes enquanto a multidão era dispersa. Novamente os trabalhadores negros foram baleados pelas costas em mais uma demonstração do uso do poder de repressão do Estado sul-africano em neutralizar e punir os trabalhadores que lutavam por níveis menos intensos de exploração e por melhores salários. No fim da violenta ação policial e dos grupos armados do NUM e da LONMI, 34 manifestantes estavam mortos e mais de 78 mineiros feridos.

Estes dois massacres, realizados com o consentimento do Estado, foram mundialmente condenados, mas comprovaram o compromisso do Estado sul-africano com a manutenção das condições ideais à acumulação de capital.

A diferença fundamental entre os dois massacres é que o do dia 21 de março, realizado em 1960, na *township* de Sharpeville durante o auge do regime autocrático do *apartheid*, sistema racista instituído pelo Partido Nacional – *National Party* – em 1948, que retirou os poucos direitos civis, políticos e sociais, de propriedade e deslocamento da população negra, e, mais do que isso, tornou a ultra exploração da força de trabalho negra a fonte dos recursos financeiros para o empoderamento econômico e político da classe trabalhadora branca e para a crescente acumulação de capital por parte da burguesia de origem europeia, tornando a classe trabalhadora negra sul-africana a mais explorada de todo o século XX. Já o massacre de 16 de agosto, mesmo que geograficamente próximo, ocorreu em 2012, na cidade de Marikana, também conhecida como Rooikoppies, em um Estado governado pelo antigo movimento de luta antiapartheid que se tornou partido político, o *African National Congress* (ANC). O mesmo partido que estabeleceu a democracia, um regime pluripartidário, reconheceu a cidadania sul-africana de todos os grupos étnico-raciais do país e desmantelou o sistema político de segregação racial, instituindo o primeiro Governo de maioria negra.

Como se vê, mesmo com estas importantes transformações que separam os dois massacres por 52 anos, o compromisso do Estado sul-africano em garantir o direito de explorar as vastas e baratas reservas de força de trabalho negra permaneceu vigente, mesmo que sob significativas rupturas no sistema político, que marcaram a passagem de 342 anos de sistemas políticos racistas para um moderno sistema democrático, com o fim do *apartheid* em 1994. Isto não significa que as relações entre o Estado e as classes e as políticas voltadas à reprodução social tenham permanecido cristalizadas desde o início do período pós-apartheid. Mesmo com esta fundamental permanência na liberdade de explorar a classe trabalhadora negra, especialmente as mulheres negras, seria problemático ignorar as possibilidades e mudanças ocorridas a partir da implantação de uma democracia sob a ideia de um “país arco-iris”, onde todas as classes e raças teriam os mesmos direitos de cidadania. Este momento único representou o primeiro período democrático da

África do Sul, e abriu a possibilidade de transformar não somente a segregação racial, tornada sistema oficial pelo regime do *apartheid*, mas também representou uma oportunidade histórica de tentar reverter a segregação na provisão de serviços sociais que ocorria a partir do sistema de bem-estar social pigmentocrático, iniciado ainda no fim do período colonial.

Os quase três séculos e meio de História Sul-Africana de regimes de exploração baseados em ideologias raciais, a saber: os regimes coloniais holandês e inglês (1652-1910), o período da União Africana (1910-1948) e o do *apartheid* (1948-1994), criaram um capitalismo racial baseado na ultra exploração da força de trabalho negra e no sistema de estratificação e hierarquização racial, com significativos impactos no processo saúde-doença. Diante disso, enquanto os sul-africanos que seguiam os padrões de branquitude estabelecidos pelo sistema do *apartheid* contavam com ampla oferta de serviços de saúde, privados ou amplamente subsidiados pelo regime de autocracia branca, as populações *coloured* e asiática tinham uma restrita cobertura de serviços de saúde, ofertados, majoritariamente, nas áreas destinadas a estas minorias, mas que não contavam com o nível de desmercantilização, cobertura e proteção estatal destinados à minoria da população de origem europeia. No fim da escala de prioridades estatais para as políticas e serviços de saúde estava a maioria negra da população, que nunca foi menos do que 50% do total, que contava apenas com os serviços de saúde ofertados pelo sistema tradicional de saúde (baseados na medicina e nos sistemas de cura e cuidados das comunidades autóctones) e por hospitais filantrópicos, precários e subfinanciados. Este esquema segregador de provisão de serviços de saúde, que funcionava em escala nacional, era fragmentado, caro, centralizado pelo governo das quatro províncias, assistencialista, hospitalocêntrico, racialmente segregado, fundamentado no paradigma biomédico, ineficiente e dependente dos subsídios do Estado, criando um quadro de desigualdades sociais em saúde que resultou num dos piores e mais complexos quadros sanitários do mundo e que se tornou o principal desafio ao Sistema Nacional de Saúde da África do Sul democrática.

O novo sistema, que acompanhou a democratização e a desracialização das instituições do Estado e do sistema de bem-estar social da África do Sul democrática, fortemente influenciado pelo modelo liberal anglo-saxão de Estado de bem-estar social, representou a intenção de realizar rupturas progressivas no Sistema Nacional de Saúde, confrontando a herança sanitária do regime

do *apartheid*, reestruturando e ampliando os serviços de saúde para os sul-africanos de todos os grupos raciais e classes sociais, por meio da criação de um sistema único de saúde. Nesse sentido, os consecutivos Governos Nacionais do ANC assumiram o compromisso de materializar essas transformações por meio de uma reforma do Sistema Nacional de Saúde, ao mesmo tempo em que assumiram a preservação do compromisso de criar e proteger as melhores condições para a acumulação de capital, como demonstraram o massacre de Marikana e a repressão policial a grande parte dos mais de 8.000 protestos e insurreições registrados pelos governos e Departamentos de polícia em todo o país entre os anos de 2004-2014 e a preservação dos privilégios e incentivos aos provedores privados de saúde: clínicas, hospitais e seguros privados de saúde. Estes nichos de acumulação de capital no setor saúde têm uma longa história no país que instituiu um capitalismo racial, em paralelo à provisão de serviços sociais segregados e diferenciados a partir das políticas econômicas, sociais, urbanas, etc. e do sistema jurídico do chamado “desenvolvimento em separado”, do *apartheid*, idealizado pelo Professor de Serviço Social e Psicologia e membro do Partido Nacional, Hendrik Verwoerd.

Neste sentido, ao observar essa contraditória combinação entre permanência e mudança na África do Sul Pós-*apartheid*, surgiram os questionamentos que motivaram esta pesquisa: Qual a direção social assumida pelo Sistema de Saúde da África do Sul pós-*apartheid*? Tendo em vista o papel histórico do sistema de saúde na África do Sul, de refletir e reproduzir as desigualdades sociais em saúde agora ser tensionado pelo desafio de promover saúde para todos os sul-africanos. Para responder esta questão, segundo uma perspectiva bakhtiniana, também é necessário identificar e caracterizar quais processos sociais, sujeitos e relações sociais condicionam o processo de reforma da saúde na África do Sul a partir da democratização.

Sendo assim, o objetivo geral deste trabalho é analisar as rupturas e continuidades do discurso político sobre saúde na África do Sul Pós-*apartheid*. Os objetivos específicos foram: problematizar o processo político e as relações de poder que condicionaram o processo de transição do *apartheid* à democracia; descrever as transformações no Sistema Nacional de Saúde decorrentes do fim do sistema de capitalismo racial do *apartheid*, enfatizando as transformações, continuidades

e rupturas; e, por fim, caracterizar a organização do Sistema Nacional de Saúde da África do Sul Pós-apartheid.

Este trabalho se justifica pela necessidade das áreas de ciências sociais e humanas e de saúde pública conhecerem e contruírem análises sobre os sistema de saúde de países em desenvolvimento, pertencentes ao eixo do capitalismo periférico, e que guardam tantas semelhanças com o Brasil: a exemplo da preservação dos privilégios ao setor privado de saúde, da mercantilização dos serviços de bem-estar social, da grande desigualdade social em saúde e da tentativa de criar sistemas universais de saúde (com universalidade restrita ou não), assim como, o histórico de democracias recentes e/ou frágeis, ainda com um longo caminho para percorrer na preservação e promoção dos direitos humanos e de cidadania.

Vale ressaltar que a maioria dos estudos sobre sistemas de saúde de outros países, disponíveis em língua portuguesa, além de não se basearem em perspectivas críticas, se voltam à análise de sistemas de saúde de países de capitalismo central. Sobretudo de abordagens sobre os Estados Unidos como exemplo de sistema de saúde residual, liberal; a Inglaterra e o Canadá como experiências de sistema de saúde universal e de Cuba, como exemplo de sistema de saúde em um país socialista, que preserva a planificação da economia. Muito pouco vem sendo produzido no Brasil em áreas como Serviço Social ou Saúde Pública sobre as alternativas e experiências de sistemas de saúde construídas por países emergentes como China, Rússia, Turquia, Índia, Malásia, Tailândia, África do Sul, Nigéria, etc e nem mesmo sobre o modelo pós-colonial de saúde que está sendo erigido em praticamente todos os países da África Subsaarina e nos países africanos de língua portuguesa. Embora estes países, pertencentes ao sul capitalista enfrentem desafios sanitários bem mais próximos à realidade brasileira. Dessa forma, estudos que se voltem para a análise destes países são necessários e devem compor a agenda de pesquisa sobre cooperação Sul-Sul, assim como receber mais atenção em áreas de conhecimento com expressiva tradição de análise de políticas e sistemas de saúde como as de Serviço Social e Saúde Pública.

Além disso, a África do Sul apresenta interessantes experiências de ações afirmativas e de políticas sociais, sendo o país que criou a maior ação afirmativa do mundo, o *Black Economic*

Empowerment, e o maior programa público de antirretrovirais e, assim como o Brasil, apresenta uma questão social acentuadamente racializada em suas expressões. Além de níveis de desigualdades nas relações de gênero, raça e classe muito semelhantes aqueles que se apresentam no Brasil, sendo surpreendente que enquanto o país mais rico da África Austral tenha um crescente interesse acadêmico pelo seu maior parceiro econômico na América Latina, o Brasil ainda tenha tão poucos estudos sobre a África do Sul. Mas não só os desafios e problemas comuns aos dois países aproximam Brasil e África do Sul, as estratégias que estes países elaboraram para controlar a sua expressiva desigualdade social, como programas nacionais de transferência de renda; a reorganização dos seus sistemas de saúde para promover saúde, ao invés de perpetuar enfoques curativos e assistencialistas e o crescente papel do mercado e das parcerias público privadas na provisão de serviços de saúde.

Porém, na África do Sul, a adoção de uma forma de neoliberalismo bem mais ortodoxa, se comparada à brasileira, ao longo das duas décadas de democracia, em que a restrição aos investimentos sociais do Estado em políticas sociais faz parte da Carta Constitucional de 1996, tornando a África do Sul Pós-apartheid mais desigual do que no período da autocracia do *apartheid*. Isto pode servir aos pesquisadores e movimentos sociais para vislumbrar um possível futuro do Brasil, caso no contexto de golpe de Estado implantado no primeiro semestre de 2016 seja aprovado o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 55, antiga PEC 241, em que o orçamento social do Estado brasileiro permanecerá engessado por 20 anos, assumindo uma opção semelhante àquela tomada pelo ANC ainda no contexto de transição do *apartheid* à democracia e que fez o país permanecer no mapa da extrema pobreza, do desemprego estrutural e das iniquidades, enquanto o Brasil se tornou reconhecido internacionalmente como exemplo de combate à miséria e de criação de empregos, mesmo que estes empregos fossem em sua maioria de baixa remuneração e que o combate à miséria tenha se dado majoritariamente por meio dos programas de transferência de renda. Ao menos o Brasil democrático, desde a década de 2000, solidificou uma política de valorização do salário mínimo nacional, enquanto que na África do Sul esta forma de política de renda mínima não existe, sendo um sistema fragmentado por categorias e setores profissionais, mantendo altos os salários mínimos pagos nos setores e funções tradicionalmente ocupados por

brancos, enquanto os trabalhos e áreas historicamente atribuídos aos negros e às mulheres apresentam baixíssimos salários mínimos.

Por exemplo, um executivo sul-africano ganha em média três vezes mais que um executivo no Brasil e duas vezes mais que um executivo na Polônia, enquanto um trabalhador doméstico sul-africano pode receber até quase quatro vezes menos que um trabalhador na mesma função, no Brasil. Na África do Sul, enquanto os cargos de executivos e de chefia são tradicionalmente ocupados por homens brancos, os trabalhadores domésticos, que incluem empregadas domésticas, cuidadores, babás, cozinheiros, etc. são quase que totalmente executados por mulheres negras. Estes dois grupos populacionais representavam os dois extremos de renda, status e oportunidades no mundo do trabalho na África do Sul do apartheid e continuam a representar estes mesmo extremos na África do Sul pós-apartheid. Resta questionar que processos sociais e que sujeitos coletivos entraram em cena para preservar e reproduzir esta estrutura de poder tão desigual, mesmo que o país esteja há mais de duas décadas sob Governos do ANC.

Esta pesquisa doutoral também se justifica pela necessidade de difundir os estudos críticos de discurso como importantes recursos epistemológicos transdisciplinares para a análise de políticas de saúde e das políticas sociais em geral, considerando os discursos enquanto ideologias e relações de poder em movimento e o papel do discurso político no processo de reprodução social.

A pesquisa é qualitativa e se fundamentou em epistemologias críticas para o tratamento e análise dos *corpora*. Estes *corpora* foram formados por enunciados, políticas, programas, Leis e Estratégias Nacionais de Saúde que cristalizam o discurso dos consecutivos Governos Nacionais do ANC sobre a reforma, organização e implantação do Sistema Nacional de Saúde, um processo ainda em curso, assim como de alguns documentos e leis nacionais com expressivas implicações para a reconceituação e institucionalização da saúde no país, publicados entre os anos 1994 e 2015. O marco teórico e conceitual do trabalho se fundamenta na teoria materialista do Estado, elaborada por Joachim Hirsch; nos estudos críticos de discurso de matriz bakhtiniana e no materialismo histórico-geográfico desenvolvido por David Harvey.

O processo de tratamento e análise do *corpus* documental contou com estratégias e conceitos utilizados pela corrente inglesa de análise crítica de discurso. A partir da observação do Círculo de Bakhtin sobre a centralidade do referente histórico, social e da análise metalinguística sobre os discursos, foi realizada uma extensa revisão bibliográfica, que buscou resgatar e caracterizar as relações de classe e poder que moldam os discursos políticos na África do Sul. Diante das necessidades postas pelo objeto de pesquisa e pela vertente bakhtiniana do estudo, evidenciar as rupturas no referente discursivo demandava investigar relações de poder e configurações institucionais, como a forma racializada que a África do Sul, desde o fim do período colonial, provê serviços de saúde. Sendo assim, mesmo sendo um estudo que se foca nas rupturas e continuidades no sistema de saúde da África do Sul Pós-apartheid, foi necessário analisar a história dos regimes anteriores da África do Sul, sinalizando em relação a que a democracia significava uma ruptura nos paradigmas, modelo e na organização do sistema de saúde.

A seleção e coleta dos documentos, assim como a revisão de livros, dissertações, teses e publicações não disponíveis *online*, sem os quais não seria possível realizar esta pesquisa, só foi possível por meio da participação no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que resultou na concessão de bolsa para realização de estágio doutoral no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Cape Town – UCT, durante o ano de 2015, sob supervisão do Professor PhD Owen Crankshaw e da Pesquisadora Sênior do Departamento de Sociologia e especialista em estudos sobre HIV/Aids, feministas e de gênero e Doutora em Serviço Social, Solange Rocha.

Os resultados do trabalho de pesquisa foram organizados em três capítulos, como descrito abaixo:

No primeiro capítulo, as teorias escolhidas e o percurso da pesquisa são detalhados, assim como o processo de seleção e tratamento do *corpus* documental e bibliográfico. Além de evidenciar os caminhos da pesquisa, este capítulo pretende socializar a análise de discurso crítica de matriz

bakhtiniana como uma interessante estratégia de pesquisa e de análise de políticas, que pode e deve ser incorporada por pesquisadores críticos e sensíveis à consubstancialidade das relações sociais.

Já o segundo capítulo, resultado de uma intensa revisão de bibliografia acadêmica sobre a História Social e Econômica do Estado Sul-africano, o complexo processo de transição do *apartheid* à democracia e os custos sociais do fim da autocracia racial são analisados. Neste capítulo, fica claro quais sujeitos coletivos e fatores internos e externos moldaram o processo de crise do *apartheid* e de início das negociações em torno da democratização e desracialização do sistema político. Assim como analisa porque o modelo de democracia pactuado por estes sujeitos coletivos resultou no aprofundamento e complexificação das refrações da questão social. Este capítulo também evidencia porque o *apartheid* não pode ser visto apenas como um sistema de ultra exploração da força de trabalho negra, relação de subalternização que já existia na África do Sul desde a invasão holandesa em 1652, mas também como um projeto de empoderamento econômico e político da classe trabalhadora branca e dos líderes políticos *afrikaners*. Ou seja, que este sistema de autocracia racial representava um pacto entre a burguesia e a classe trabalhadora branca para manter privilégios sociais, econômicos e políticos dos sul-africanos brancos de todas as classes e que mesmo o fim do sistema oficial de segregação racial não significava o fim da ultra exploração da força de trabalho negra e o fim da racialização da riqueza produzida no país. Por fim, este capítulo se volta à abordagem das relações de classe e poder que moldaram o discurso político no processo de passagem à democracia e que condicionaram o discurso político do ANC em 21 anos de democracia.

O terceiro capítulo aborda a organização do Sistema Nacional de Saúde Pós-*apartheid* e as rupturas de concepção e organização deste em relação ao sistema de saúde segregador, fragmentado e mercantilizado, criado desde o fim do período colonial, em decorrência da chamada “Revolução Mineral”. Para evidenciar as principais rupturas e transformações realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde, desde 1994, no contexto democrático, assim como os limites conjunturais e estruturais às transformações progressistas na Política Nacional de Saúde, foram analisados os enunciados e o “não lugar” de alguns discursos e propostas no novo Sistema de Saúde, que apontam para certo ceticismo em relação aos avanços possíveis da saúde, em decorrência da permanência

das diretrizes neoliberais ultra ortodoxas que levam às restrições estatais aos investimentos no sistema de bem-estar social e ao sistema de saúde.

Por fim, as considerações finais do Estudo fazem uma síntese dos principais achados da pesquisa, apontando para a necessidade de realização de novos estudos sobre temas e perspectivas não desenvolvidas neste estudo, mas que são de extrema importância, diante da necessidade de desenvolvermos uma maior e mais intensa cooperação acadêmica Sul-Sul entre países com níveis de desenvolvimento econômico e social semelhantes ao do Brasil, como é o caso dos BRICS e de diversos países africanos e asiáticos, e que compartilham conosco desafios à institucionalização de sistemas de saúde e de bem-estar social que respondam aos seus complexos quadros sanitários, que não são homogêneos como os dos países mais periféricos e dos países centrais. Este esforço pode resultar em modelos e matrizes de análise de políticas e sistemas de saúde mais coerentes às nossas formações sociais e formas de inserção na sociabilidade capitalista. As considerações finais, longe de encerrar um tema tão complexo como o das transformações no Sistema de Saúde na África do Sul Pós-apartheid, demonstram a necessidade e a responsabilidade de aprofundarmos a busca por respostas teóricas e políticas às lutas sociais de homens e mulheres por emancipação políticas e/ou humana.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL, ESCOLHAS E PERCURSO DA PESQUISA

2.1 A FORMA E A COMUNIDADE POLÍTICA BURGUESA: O ESTADO

As perspectivas de pesquisas sobre o Estado são diversas e heterogêneas. Como afirmam Teun A. Van Dikj (2010), Alice Krieg-Planque (2011) e Patrick Charaudeau (2011), os estudos sobre processos políticos, que tomam como *corpus* de análise os discursos políticos, materializados ou não em textos, se deparam com vários desafios³. Estes se aprofundam quando a análise do discurso político se propõe a investigar as relações entre discurso e sociedade (VAN DIKJ, 2008, 2010, 2012), a relação entre signo e referente social (EAGLETON, 1997) e a unidade dialética entre forma e conteúdo dos discursos (EAGLETON, 2011). Isso é, a escolha da perspectiva teórico-conceitual e o percurso da análise de discurso político é uma questão complexa e constantemente questionável. No caso dessa pesquisa, que, a partir da teoria materialista do Estado elaborada por Joachim Hirsch (2010), defende que o Estado e o discurso político são condensações de relações sociais, a perspectiva de análise de discurso adotada é a análise de discurso crítica, ou estudos críticos de discurso⁴, de matriz bakhtiniana. Dessa forma, ao tratar do discurso político do Estado sul-africano pós-*apartheid*, o foco não são as formas institucionais do Estado ou uma caracterização do sistema político do país, mas uma leitura sobre as relações de poder que tecem o complexo processo de reprodução social capitalista sul-africano e que agem como determinações do pior quadro sanitário entre os países classificados como emergentes.

Outros desafios são a escolha e apropriação de uma teoria social mais adequada ao processo social estudado, tendo em vista a existência de várias matrizes teóricas que podem fundamentar a análise do discurso político (CHARAUDEAU, 2011; EAGLETON, 1997). Feitas as escolhas teóricas, conceituais e, conseqüentemente, políticas, cabe ao analista de discurso descrevê-las. Esse

³ Essas problematizações e dificuldades de demarcações teóricas nos estudos de discurso também são abordadas por Rojo (2004) e Krieg-Planque (2011).

⁴ A abertura a diversas perspectivas, teorias e disciplinas, característica dos estudos de discurso, é um elemento de encontro desta transdisciplina (VAN DIKJ, 2012) com a teoria materialista do Estado (HIRSCH, 2010), oriunda do marxismo ocidental (ANDERSON, 1976), especificamente do debate alemão sobre a derivação do Estado.

esforço não visa apenas expor as escolhas e percursos da pesquisa, mas também evidenciar os limites e lacunas da mesma e fomentar *insights* sobre novas perspectivas de análise.

Assim como o Estado, a linguagem é uma construção social sempre inacabada e provisória, tendo em vista a natureza social do signo (BAKHTIN, 2012; MEDVIÉDEV, 2012) e os constantes deslocamentos de significado dos signos (EAGLETON, 1997; KRIEG-PLANQUE, 2011). Na mesma perspectiva, as análises críticas do discurso também são sempre inacabadas, temporais e provisórias.

A riqueza dos estudos críticos de discurso não se encontra na permanência e universalidade da análise ou na possibilidade de construção de generalizações a partir dos mesmos. Ela se situa na construção de um estudo que evidencie os signos linguísticos como construções sociais, em que significados são construídos e desconstruídos pelas relações sociais e correlações de forças (elementos da teoria social do discurso) e de como os discursos analisados reproduzem e/ou contestam as relações de poder (elementos da teoria política do discurso), que particularizam os estudos críticos de discurso. A linguagem é cenário de conflito de classes no campo dos signos (BAKHTIN, 2012; MEDVIÉDEV, 2012).

Na tentativa de analisar os discursos políticos dos governos democraticamente eleitos da África do Sul sobre a criação do sistema de saúde que nos últimos 21 anos busca superar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde criadas pelos regimes de segregação de classe e raça, optou-se pela teoria materialista do Estado de Joachim Hirsch (2010) e suas considerações sobre a função do Estado na reprodução capitalista. Assim como, o materialismo histórico-geográfico de David Harvey, fundamental para caracterizar o chamado “Estado Gerencial”, e os novos padrões de intervenção do Estado neoliberal sobre as refrações da questão social frente a sua acumulação por espoliação/ mercantilização de direitos sociais (HARVEY, 2005, 2008).

As análises realizadas por autores e autoras como Perry Anderson, Sampie Terreblanche, Terry Eagleton, Grace Davie, Leila Patel, Charles Feinstein, Mike Davis e Eric Hobsbawm sobre o Estado neoliberal e suas constantes transformações, acentuadas após as crises capitalistas de 1998 e 2008, também foram consideradas. Em comum, estes intelectuais do chamado “marxismo ocidental” oferecem um amplo escopo teórico-metodológico para compreender a relativa autonomia e a inegável unidade entre sistema político (Estado, forma política burguesa) e sistema

econômico, possibilitando reflexões críticas sobre essa complexa condensação de relações sociais de poder, nominalizada por diversas matrizes filosóficas de Estado.

Entre as diferentes análises teóricas sobre o Estado que se apóiam na teoria marxista, sobretudo, duas correntes foram significativas no século XX. Em primeiro lugar, a teoria do Estado do marxismo soviético, que - enquanto “teoria do capitalismo monopolista de Estado” - concebeu o Estado como instrumento das classes dominantes e de suas frações (Esser, 1975; Wirth, 1972). Essa análise foi bastante criticada, e hoje, depois da derrocada do socialismo de Estado, praticamente não desempenha papel algum. Mais importantes são as teorias no âmbito do chamado marxismo ocidental (ver Anderson, 1978). Aqui se destacam a teoria da hegemonia de Antonio Gramsci, o marxismo estruturalista de Louis Althusser, assim como a obra desenvolvida por Nicos Poulantzas (Gramsci, 1991-ss.; Althusser, 1973; Poulantzas, 2002). Nessas análises, a relação entre o Estado e a estrutura de classes da sociedade capitalista é vista de maneira mais mediatizada e complexa, e no seu centro encontra-se a hipótese de uma “autonomia relativa” do Estado em relação a todas as classes, que também é fundamentada de diferentes maneiras. O Estado não é visto como simples aparelho repressivo da opressão de classe, mas, ao mesmo tempo, como instância ideológica e parte integrante de amplas relações hegemônicas, definidas pelo pensamento e a ação dos indivíduos (HIRSCH, 2010, p. 79).

Esta pesquisa se fundamenta nessa linha teórica relacionada às reflexões do Estado como forma política da sociabilidade do capital, desenvolvida, segundo Joachim Hirsch (2010), na Alemanha, durante os anos 1970, no contexto do chamado debate sobre a “derivação do Estado”. Para essa teoria materialista do Estado, que rompe com a perspectiva do Estado como mero “comitê executivo da burguesia”, o Estado ou o político não são considerados simples reflexos das estruturas econômicas, ou “superestrutura”, ou uma esfera política monopolizada pelas classes dominantes, mas um campo de ação que possui condições e dinâmicas próprias, ocasionada por sua relativa autonomia frente às classes. Portanto, a teoria materialista do Estado é uma variante do materialismo dialético centrada na ação, diferente do chamado marxismo vulgar, que se cerra nas estruturas (HIRSCH, 2010).

Conforme apontam Anderson (2002), Davie (2015), Fanon (1968), Hirsch (2010) e Harvey (2008, 2011), as construções científicas sobre o Estado são determinadas por contextos históricos, interesses e correlações de forças. Segundo os autores e a autora, para os pensadores (neo)conservadores, o Estado é uma instância que deve manter, autoritariamente, uma sociedade dividida em interesses egoístas e lutas concorrenciais, devendo ser o árbitro dos conflitos do *homo economicus*, como defendem os intelectuais das Escolas de Chicago, Virgínia, do Colóquio Walter

Lippmann e o Grupo de Mont Pelérin. Já as teorias liberal-democráticas keynesianas significam o Estado como uma forma organizativa que, ao menos potencialmente, gera o bem-estar social, em uma sociedade pluralista, atravessada por processos de disputa de interesses, conflitos e de formação de consenso. Nas análises marxistas vulgares/mecanicistas, o Estado é tratado unicamente como o instrumento político da dominação capitalista de classe. Dessas distintas leituras sobre a forma política burguesa, todas compartilham a visão, de forma explícita ou não, de que o Estado institucionaliza relações de poder e o Estado tem uma natureza de classe.

Nos clássicos da teoria política burguesa, começando por Thomas Hobbes, isso era um ponto de partida e a base da teoria do Estado. Seu objetivo era uma explicação racional dessa relação de poder, por exemplo, pela adoção de um “contrato social”, por meio do qual os membros da sociedade entravam em acordo sobre a transferência do poder a uma instância especial por razões de utilidade. A Ciência Social de hoje, em geral, acredita nessa ideia, sem se entender sobre as suas fundamentações. Ela toma o Estado como algo dado e ocupa-se em explicar como ele funciona. Mas, se as relações de poder não são eliminadas, então, na realidade, fala-se não tanto sobre o “Estado”, mas exatamente sobre o “sistema político”. O risco disso é que não se pode de fato explicar por que ele normalmente não funciona como deveria funcionar, e por que, por exemplo, há dificuldades na concretização de relações democráticas (HIRSCH, 2010, p. 16).

Segundo Joachim Hirsch (2010), a teoria materialista do Estado permite reconhecer que as relações entre as classes e grupos dirigentes são institucionalizadas por meio das instituições burocráticas e gerenciais do Estado, e que, desde a formulação das políticas públicas até os meios gerenciais de materializá-las, caracterizam-se por condensar os interesses de um grande número de atores sociais, públicos ou privados, de diferentes níveis e áreas funcionais do Estado, do mercado e da sociedade civil. Para o cientista político alemão, existe uma lógica de negociação, assim como a existência de conflitos e consensos presentes na condensação de relações sociais que caracterizam o Estado.

Segundo Alice Krieg-Planque (2011), esse processo de mudanças no e sobre o Estado ocasiona a transformação de significados e sentidos dos discursos políticos. Essas mudanças fazem com que as mesmas palavras, iguais e sinônimos que surgem na “superfície discursiva”, assumam significados sociopolíticos diferentes e que palavras diferentes assumam o mesmo significado sociopolítico, surgindo como fórmulas discursivas, em um processo político. Para Bakhtin (2012), Medviédev (2012) e Krieg-Planque (2011), assim como o Estado, os signos e discursos têm sua determinação no mundo material.

Se a forma como as palavras são escritas (os sinais) não se altera durante um período revolucionário ou de profundas transformações sociopolíticas ou culturais, o mesmo não se pode dizer dos seus significados (signos). Estes passam por profundas ressignificações, a partir do lugar social dos usuários da língua na estrutura de classe e de poder (BAKHTIN, 2012). Dessa forma, os mesmos sinais, as mesmas palavras, assumem significados distintos entre as diferentes classes e grupos sociais, da mesma forma que compartilham significados entre os homens e mulheres pertencentes a uma mesma classe ou grupo social (comunidade semiótica). Isso não se dá por compartilharem uma ideia abstrata em suas mentes, como defende a linguística estruturalista, ocorre por esses sujeitos ocuparem os mesmos lugares nas relações de poder, criando suas próprias (linguagens sociais) (BAKHTIN, 2012). Um exemplo claro de comunidade semiótica é a formada pelas elites políticas e tecnocratas.

Segundo Joachim Hirsch (2010):

A teoria materialista do Estado não apenas não é nenhuma construção teórica fechada, como se desenvolve no confronto com outras análises e correntes teóricas não “marxistas”, incluindo a história econômica e social. Para mencionar algumas: a teoria do capitalismo e da burocracia de Max Weber (Weber, 1956), a teoria dos sistemas (1999a) ou a teoria do poder de Michel Foucault (1977a e b, 1999); ver também Rabinow e Dreyfus (1994). Estas e outras teorias proporcionaram importantes contribuições. Além disso, uma teoria não pode ser fechada pelo simples fato de que os Estados e os sistemas de Estados, ao longo do desenvolvimento da sociedade capitalista, sofrem consideráveis modificações, tais como ocorridas nas últimas décadas no curso dos processos de reestruturação provocada pela globalização neoliberal (HIRSCH, 2010, p. 79).

O que atribui unidade à teoria materialista do Estado é a referência, sempre, ao materialismo histórico desenvolvido por Marx e Engels e à sua crítica da economia política (HIRSCH, 2010). Para Hirsch (2010) e Ellen Wood (2006), as transformações realizadas por meio das políticas de Estado, em grande parte decorrentes da luta social das classes e sujeitos sociais progressistas, têm como limite o processo de valorização do capital. Wood ainda aponta que a democracia põe em risco o capitalismo justamente por institucionalizar uma série de demandas por desmercantilização, diminuindo os nichos de acumulação privada de capital amplamente protegida pelo sistema político e jurídico do Estado.

Mas o próprio Karl Marx não tomou o Estado, ou a forma política da sociedade burguesa, como objeto de investigação científica. Em *O Capital*, Marx se voltou à investigação da forma

valor e das consequências dessa no processo de reprodução econômica e no desenvolvimento das relações de classe. Ele não desenvolveu uma teoria do Estado. Mas, a partir de sua obra, é possível realizar formulações complexas sobre a forma política burguesa, enquanto expressão do modo de socialização contraditório do capitalismo (FEINSTEIN, 2005; HARVEY, 2005, 2008; HIRSCH, 2010). E este é o elemento fundamental de uma teoria materialista do Estado.

Como a crítica da economia política apresenta, em primeiro lugar, um confronto com as categorias da Ciência Econômica, a teoria materialista do Estado é, antes de tudo, uma crítica do Estado e uma crítica às abstrações feitas na Ciência Política. No seu centro está o esforço por decifrar o conceito de Estado, existente no senso comum e aplicado pelo *mainstream* (grifos do autor) da Ciência Política, como a expressão de estruturas sociais caracterizadas por formas específicas de exploração e de opressão e, assim, portadoras de caráter contraditório. Igual à ‘mercadoria’ ou ‘dinheiro’, também o Estado não é uma coisa, um sujeito ou uma organização racional, mas um complexo de relações sociais. Ele é gerado e reproduzido pelos indivíduos ativos, mas sob condições que fogem a sua consciência imediata e ao seu controle (HIRSCH, 2010, p. 19).

Mas as relações sociais de dominação, (re)produzidas pela forma política burguesa, não se apresentam no primeiro olhar sobre as instituições, burocracia e formas de desenvolvimento das políticas (HARVEY, 2005; HIRSCH, 2010). Esse é o motivo pelo qual a forma política da sociabilidade do capital não pode ser compreendida/analísada direta e imediatamente (FIORIN, 2007; HARVEY, 2008; HIRSCH, 2010; LEFEBVRE, 2011).

A forma política contém mais do que a autonomização da força física coercitiva frente aos indivíduos, grupos e classes sociais. O Estado não é apenas aparelho de força, pois nele expressa-se ao mesmo tempo a comunidade política da sociedade capitalista - aparentemente colocada acima da concorrência e das lutas sociais existentes -, embora de modo fetichizado e coisificado. O Estado é a forma que a comunidade política assume sob as condições sociais dominantes no capitalismo. Não apenas o elo econômico, mas também o elo político de uma sociedade marcada pela concorrência e os antagonismos de classe manifestam-se em uma instância separada e contraposta a ela: “O geral social como particularização da sociedade” (Marx, 1970, 203ss.). Com isso, pode-se também definir o caráter de classe do Estado capitalista. Ele não é nem a expressão de uma vontade geral, nem o mero instrumento de uma classe, mas a objetivação de uma relação estrutural de classes e de exploração. Ele só pode manter-se enquanto esteja garantido o processo de reprodução econômica como processo de valorização do capital. Nesse sentido, o “interesse do Estado em si mesmo” – ou, mais precisamente: o interesse próprio de seus funcionários burocráticos e políticos -, é que faz com que ele tenha relativa independência frente a influências diretas, tornando-se o garantidor das relações de produção capitalistas (sobre essa fórmula, consultar Offe, 1975). O pessoal do Estado se vê então induzido a garantir os pressupostos para o êxito dos processos de acumulação e de valorização, mesmo quando não haja qualquer influência ou pressão direta por parte do capital. O

Estado da sociedade existente é, portanto, “capitalista” por razões estruturais, e não somente porque ele esteja submetido à influência direta do capital (HIRSCH, 2010, p. 32).

A análise pós-colonialista desenvolvida por Frantz Fanon sobre o Estado e o papel da burocracia estatal e dos partidos nacionalistas e de libertação nacional no clássico *Os Condenados da Terra* (1968) nos chama atenção para o papel da burocracia, dos tecnocratas e do papel dos funcionários do Estado na manutenção das relações capitalistas, mesmo diante da emancipação política dos Estados africanos frente às antigas metrópoles coloniais. Fanon ilustra que a permanência das relações de intercâmbio material permanecem geralmente inabaladas, mesmo que as elites políticas que dominam o Estado mudem. Assim ilustra Fanon o processo de emancipação nacional do Gabão, ocorrida em 1960: *O Gabão é independente, mas nada mudou entre o Gabão e a França, tudo continua como outrora. Na verdade, a única mudança é que M. M’ba é presidente da república gabonesa e é recebido pelo presidente da república francesa* (FANON, 1968, p.43).

Quase 47 anos depois do discurso de M. M’ba, outro líder africano, historicamente comprometido com os setores mais pauperizados e subalternizados da classe trabalhadora negra sul-africana, e diretamente envolvido na luta pelo fim do *apartheid*, faria um discurso, em dezembro de 2007, em Los Angeles, profundamente reconfortante para os representantes do capital financeiro, como os diretores do Merrill Lynch e do Citibank, defensores das práticas neoliberais – Jacob Zuma. Na ocasião, Zuma assinalou suas intenções de não relaxar as restrições monetárias e fiscais vigentes, que, como será visto, são os obstáculos estruturais mais severos à superação da dívida social do *apartheid* e ao controle da carga de adoecimentos e mortes decorrentes do recente passado de segregação de classe e raça. Disse Jacob Zuma:

Algumas pessoas têm dito que se Jacob Zuma assumir o país, o governo penderá para a esquerda, por causa do apoio dos sindicatos, que são muito orientados à esquerda, e do Partido Comunista Sul-Africano [...] e que, portanto, as políticas do governo mudarão. Eu prefiro pensar que esse não é um assunto relevante, mas sou grato pela oportunidade de esclarecer isso; e adoraria dizer a vocês, irmãos e irmãs, que nada mudará⁵ (Tradução nossa).

⁵ Christelle Terreblanche, “No changes, Zuma vows”, *Independent on-line*, 9 dez. 2007. Acessado em 12 de abril de 2016.

Dessa forma, as condições ideais à acumulação de capital seriam preservadas, mesmo com a crescente intervenção social do Estado sobre as refrações da questão social, como a implementação do seguro nacional de saúde, o *National Health Insurance* (NHI) (BOND, 2010) e a expansão dos programas de atenção primária em saúde (DENNILL, 2014). A permanência desta relação de subalternidade entre capital central e periférico, que universaliza e desterritorializa a produção e as transações financeiras, a partir da mundialização da finança, nos convida à análise que Mike Davis desenvolve em *Planeta Favela* (DAVIS, 2006), ao abordar o “neoliberalismo de Estado” dos países da América Latina e África como a expressão mais aguda do neoliberalismo, enquanto projeto de mercantilização da vida social, de redução das relações sociais essencialmente democráticas, ou seja, acima de tudo que a capacidade do pensamento neoliberal, em sua pluralidade, tem de se renovar enquanto ideologia, matriz social de discursos e racionalidade, também apontado por Ellen Wood (2006) e Sampie Terreblanche (2005, 2012). Para Terreblanche (2012), Gillian Hart (2013), Leila Patel (2013) e outros intelectuais críticos sul-africanos, o neoliberalismo não acabou, ao menos não acabou na África do Sul, e este corpo de ideias, por meio das políticas que fundamenta, se coloca como um limite central ao Estado sul-africano na provisão de bem-estar social.

Sendo assim, o Estado capitalista não é uma estrutura política neutra, localizada fora da “economia”, ou situado para além da conflitualidade entre as classes, mas está diretamente relacionado às relações de produção capitalistas, das quais é parte fundamental. Esse é o motivo pelo qual é impossível transformar radicalmente as relações de produção por meio do Estado e das lutas partidárias (ENGELS & KAUTSKY, 2012). Ainda conforme a teoria materialista do Estado, ele (o Estado) não é simplesmente definido como ligação organizativa harmônica e/ou funcional, mas como expressão de uma relação social de socialização antagônica e contraditória, determinada em última instância pelas necessidades de valorização do capital (HIRSCH, 2010; HARVEY, 2008; WOOD, 2006).

Vamos reter então: o Estado da sociedade capitalista não é nem o instrumento criado conscientemente pela classe dominante, nem a corporificação de uma “vontade popular” democrática, tampouco é um sujeito ativo autônomo. Ele é bem mais uma relação social entre indivíduos, grupos e classes, a “condensação material de uma relação social de força”. Material, porque essa relação assume uma forma marcada por mecanismos burocráticos e políticos próprios no sistema das instituições, organizações e aparelhos

políticos. A aparelhagem do Estado tem uma consistência e uma estabilidade e por isso é mais do que a expressão direta de uma relação social de força. Mudanças nas relações de força sempre produzem efeitos no interior do Estado, mas ao mesmo tempo a estrutura existente do aparelho estatal reage sobre eles (Poulantzas, 2002, 154-ss.; ver também Jessop, 1985, 75-ss.). O Estado expressa em sua concreta estrutura organizativa relações sociais de força, mas também, simultaneamente, as forma e as estabiliza (HIRSCH, 2010, p. 36-37).

É por isso que, mesmo em sua forma democrático-liberal ou no extremo do “liberalismo embutido” do Estado de Bem-Estar Social Europeu (HARVEY, 2008), a forma política burguesa é inegavelmente um “Estado de classe”. Mas ele só pode ser considerado unicamente como um instrumento das classes e grupos dominantes em situações excepcionais, como no caso de regimes autoritários, como o da África do Sul durante os mandatos do Partido Nacional, que instituiu o *apartheid*. Porém, mesmo nessas situações, precisa desenvolver medidas de alívio da pobreza, como resposta à pauperização e à construção da legitimação da autocracia racial.

A aparente externalidade do Estado frente às forças sociais em conflito torna possível a sua existência como instância de negociação, articulação de compromissos e processos políticos que resultam em equilíbrios sociais entre as classes, processos sem os quais a sociabilidade do capital poderia ser questionada em suas bases (ENGELS & KAUTSKY, 2012). Somente por meio de um Estado aparentemente neutro/externo aos conflitos entre capital e trabalho e entre as frações da classe burguesa é que as relações sociais capitalistas experimentam seu pleno desenvolvimento (HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010).

Nesse sentido, as análises de Fanon (1968) sobre o Estado pós-colonial e os limites dos partidos nacionalistas em sua luta por emancipação, demonstram que, no caso de países capitalistas periféricos da África e da Ásia, o mesmo Estado que é palco da independência, a “emancipação política nacional” frente às metrópoles coloniais, é o Estado que garante a permanência da subalternidade econômica desses Estados e nações às metrópoles. O estudo histórico-crítico do autor sobre as realidades nacionais africanas e orientais evidencia o interesse de partidos de libertação nacional, e mesmo do proletariado urbano, geralmente beneficiados pelos regimes coloniais, na manutenção das relações assimétricas entre colônias e metrópoles no intercâmbio material. Dessa forma, as mudanças na forma política parecem ser utilizadas para encobrir ou renovar a manutenção das relações de dominação entre periferia e centro capitalista, bem mais do

que para emancipar⁶. Como evidenciaram Engels e Kautsky (2012), o aprofundamento das relações capitalistas demanda o aprofundamento das relações políticas e jurídicas capitalistas.

Diferente do que ocorreu no resto do continente, no singular caso da África do Sul, entre 1910 e 1994, o processo de proletarização dos negros sul-africanos, que recebiam salários dez vezes menores do que o pago aos homens brancos que exerciam as mesmas funções, e que estavam impedidos por lei de assumir postos de trabalho com maior salário e poder, segundo instituído pela política da barreira de cor, reservados ao chamado *civilized labour*, os trabalhadores brancos, já estava concluído no começo do século XX (DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005), sobretudo a partir do *Native Land Act* de 1913, que destinava pouco mais de 7% do território nacional aos milhões de sul-africanos negros, 67,5% da população, acompanhada da destituição da cidadania dos mesmos por uma série de leis nacionais, sobretudo nas províncias com maior presença de brancos da comunidade africâner: Transvaal e Orange Free State. Sem falar das mulheres negras, confinadas nos Estados artificiais criados pela política de retribalização forçada, *as homelands*, ou destinadas ao trabalho doméstico na casa de famílias brancas. O advento do *apartheid*, em 1948, só veio institucionalizar no Estado a violência dos nacionalistas africâneres contra a concorrência dos trabalhadores negros e os “riscos” dos projetos coletivistas do pan-africanismo e do comunismo, assim como, das ideias liberais. Dessa forma, o plano do Partido Nacional, lançado por seu fundador, James Hertzog, era manter o homem branco africâner como o senhor da terra e da força de trabalho dos negros.

Logo depois da África do Sul, os demais Estados africanos, mesmo que com níveis diversos de integração no capitalismo mundializado, mediado pela correlação de forças entre as classes e processos de formação social e histórica, assumiram formas de Estados capitalistas (CAMARA & SALAMA, 2005; DAVIS, 2006; CHINWEIZU, 2011).

⁶ O aprofundamento da subalternização da classe trabalhadora sul-africana, a partir dos pactos entre o ANC, o complexo corporativo mineral energético e o governo de Frederik Willem de Klerk, na transição do *apartheid* à democracia racial do “país arco-íris”, nos recordam dos “custos sociais” da emancipação política, situação característica das antigas colônias. Sobre esse processo, ver Allister Sparks (1996) Gracie Davie (2015), Sampie Terreblanche (2012).

A teoria materialista do Estado considera não apenas o fato de que as relações de dominação política têm bases e condições materiais fundadas nas relações sociais de produção. O seu principal contributo à análise do Estado, enquanto condensação de relações sociais, é destacar que essas relações não são diretamente observáveis, não se expressam em sua fenomenalidade, pelo contrário elas estão fetichizadas. Sendo assim, o Estado burguês não se apresenta em suas materializações organizacionais e políticas como um Estado da classe burguesa e, talvez, esse seja um dos elementos do seu êxito, enquanto forma política da sociabilidade do capital (HIRSCH, 2010).

As duas formas sociais fundamentais que objetivam a ligação social no capitalismo são a forma valor, expressa no dinheiro, e a forma política, manifesta na existência de um Estado separado da sociedade. Em relação ao desenvolvimento teórico da forma política na sociedade capitalista, trata-se inicialmente de explicar como e por que surgem os Estados, e não a sua forma concreta e suas funções. O objetivo é bem mais fundamentar por que a comunidade política, o Estado, assume de fato uma configuração separada da sociedade e das classes sociais, e que consequências isso tem para o desenvolvimento das instituições e dos processos políticos. Em primeiro lugar, isso significa a superação do esquema simples base-superestrutura, segundo o qual o Estado é concebido como expressão derivada das relações econômicas, já que tanto a forma econômica quanto a forma política são características estruturais fundamentais da sociedade capitalista, e uma se refere à outra. A forma política, ou o Estado, é ela mesma parte integrante das relações de produção capitalistas. A particularidade do modo de socialização capitalista reside na separação e na simultânea ligação entre “Estado” e “sociedade”, “política” e “economia”. A economia não é um pressuposto da política, nem estrutural nem histórico. “O Estado não é nenhuma superestrutura que pudesse ser explicada com referência à base econômica. Como valor, dinheiro etc. ele é uma forma histórica particular” (Holloway, 1991, 229). Essa determinação formal do político, contudo, não é suficiente para esclarecer as instituições, os processos e os desenvolvimentos políticos concretos, mas ajuda inicialmente a analisar apenas as condições estruturais gerais que definem as relações sociais, os modos de comportamento, as possibilidades de ação, os padrões de percepção e as formas de institucionalização na sociedade capitalista. A “derivação do Estado” não constitui, assim, nenhuma teoria do Estado pronta, porém apresenta o seu ponto de partida fundamental (HIRSCH, 2010, p. 30-31).

Portanto, trata-se de entender e analisar as instituições, os processos políticos e burocráticos do Estado como expressões de relações de domínio e de exploração, assim como dos conflitos e das lutas resultantes desses, que geralmente são mistificados (HART, 2013; HIRSCH, 2010).

Não se trata de explicar como o Estado funciona ou deve funcionar, mas que relações ele materializa e como elas podem ser superadas. Como foi sinalizado, o caminho escolhido para abordar essa relação social no processo político de implementação do sistema de saúde da África do Sul Pós-*apartheid* é o dos discursos políticos dos governos nacionais, manifestos em políticas,

programas e projetos de sucessivos governos sobre a política nacional de saúde, problematizando como eles representam rupturas e/ou continuidades com as políticas de saúde implantadas na África do Sul, desde meados do Século XIX, tendo em vista que, até 1994, as políticas e serviços de saúde eram essencialmente hospitalocêntricos, curativos, fundamentados no paradigma biomédico, fragmentados dentro e entre as quatro províncias⁷, além de racialmente segregados. Este processo de combinação entre perspectiva liberal e racismo no sistema de saúde teve origem ainda durante o período colonial e foi radicalizado pela chegada do Partido Nacional ao poder em 1948.

A análise desse caso tão particular do sistema de saúde de um país, que, como diz Hannah Arendt (2012)⁸, foi na contramão da história, a partir do momento em que os homens brancos decidiram que poderiam e deveriam viver dos frutos dos trabalhos dos nativos africanos, ocorrerá dentro e de acordo com os princípios da teoria materialista do Estado e da filosofia materialista da linguagem, desenvolvida pelo chamado “Círculo de Bakhtin”. Portanto, socialmente orientada e constituída, não a partir dos sistemas de sinais idiomáticos mobilizados nessas práticas discursivas, mas das formações ideológicas e relações de poder que atribuem significados aos signos, reproduzindo ou questionando a ordem social. Por isso, optou-se por essa corrente de estudos críticos de discurso, a teoria social do signo desenvolvida por Bakhtin e o Círculo, em consonância com a teoria materialista do Estado.

Como toda ciência crítica, a teoria materialista do Estado assume como objetivo remeter as categorias teóricas dominantes às suas relações sociais básicas e, com isso, poder ajudar as classes e grupos subalternizados a lerem criticamente a realidade em que estão inseridos, a sua ação política, e elaborar ou um caminho para a sua emancipação política ou humana. Essa preocupação com uma análise emancipatória da realidade é outro ponto de encontro entre estudos críticos do discurso/análise crítica do discurso e a teoria materialista do Estado.

⁷ A África do Sul estava dividida até o fim do *apartheid* nas províncias do Cabo, Natal, Orange Free State e Transvaal.

⁸ Embora, a perspectiva epistemológica utilizada por Hannah Arendt tenha uma matriz distinta daquela adotada neste estudo, a sua obra foi fundamental à análise histórico-filosófica das relações entre racismo e capitalismo na África do Sul. Sobretudo, a ampla pesquisa histórica sobre o nacionalismo/racismo dos boeres e sua violenta relação com os sul-africanos nativos discutidas na Obra: “As origens do totalitarismo”, lançada apenas três anos depois do Partido Nacional chegar ao poder e implantar o *apartheid*.

Porém, antes de abordar o processo de análise crítica de discurso realizado nesta pesquisa e sua matriz sociológica, a Filosofia da Linguagem de Bakhtin e dos demais autores do Círculo, que sustenta essa proposta de análise de discurso político, é necessário discutir a matriz ideológica e a racionalidade que estruturam o Estado, no tocante à economia e às respostas às refrações da questão social: o neoliberalismo.

2.2 ESTADO, NEOLIBERALISMO E O ESTADO NEOLIBERAL

O neoliberalismo é, em primeiro lugar, uma teoria das práticas políticas e econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser maximizado liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras dos indivíduos no âmbito das estruturas institucionais, caracterizadas por sólidos direitos à propriedade privada. Para esse pensamento, a principal função do Estado seria garantir as melhores condições para que estas práticas se desenvolvam (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2011).

A partir das diversas teses neoliberais, que são muito mais do que a revitalização do pensamento liberal clássico ou um programa de política econômica ou social, é possível afirmar que o discurso neoliberal se tornou hegemônico, e passou a influenciar profundamente os modos de pensamento e organização dos grupos e classes sociais. Ele foi incorporado à organização do cotidiano, sendo o meio de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem a si e ao mundo ao seu redor (HARVEY, 2008; DARDOT & LAVAL, 2016).

Somente a partir de ponderações sobre a atual configuração do sistema capitalista, cujas diferentes formas são evidenciadas por fórmulas discursivas e conceitos como: neoliberalismo, mercado global, Estado neoliberal, contrarreforma e livre mercado, que impactam profundamente a formulação e materialização das políticas sociais como direitos de cidadania (ANDERSON, 2002; BOND, 2010; HARVEY, 2006, 2008, 2011; HIRSCH, 2010), é que é possível analisar criticamente o surgimento e disseminação do neoliberalismo enquanto pensamento hegemônico, e a criação do Estado Gerencial ou empreendedor, enquanto novos padrões de intervenção do Estado nas refrações da questão social - as desigualdades e iniquidades em saúde. Assim como, será

possível entender, segundo a perspectiva dessa pesquisa, que processos sociais ocasionaram a marginalização teórica e política dos projetos progressistas de reforma do Estado sul-africano.

Porém, é interessante sinalizar que o neoliberalismo poucas vezes tem o seu percurso histórico abordado. Esse esforço parece ser legítimo e necessário por entender que a principal função da economia, que é contribuir para o pleno desenvolvimento humano e ambiental, promovendo bem-estar material e dignidade, vem sendo intencionalmente negada pelos grupos e classes dominantes nessa sociabilidade, o que representa um desafio central ao conjunto das políticas sociais e se reflete nas condições de saúde das classes e grupos subalternizados pela ordem econômica e moral do capital.

Neste sentido, compreendem-se as crescentes desigualdades sociais encontradas em Estados do chamado “capitalismo central” e, de forma mais aguda, nos periféricos, como não naturais e imutáveis, como defendiam os neoliberais mais ortodoxos, mas expressões da sociabilidade capitalista (ANDERSON, 2002; DARDOT & LAVAL, 2016; FAIRCLOUGH, 2008; HARVEY, 2008; HIRSCH, 2010; LAURELL, 2008; LEFEBVRE, 2011; VAN DIKJ, 2010). Desigualdades estas que se expressam, são reproduzidas e/ou questionadas também por meio de discursos (FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; RESENDE & RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008; VAN DIKJ, 2008, 2010, 2012).

Estas práticas discursivas, determinadas pelos lugares de classe e pela posição dos sujeitos do discurso nas estruturas do Estado, dos partidos e dos movimentos sociais, ao mesmo tempo que reproduzem as ideologias e racionalidades dominantes, criam as tensões para contestá-la por meio de contra-discursos e ideologias que representam a perspectiva de mundo das classes e grupos subalternizados (BAKHTIN 2012). Esta afirmação é necessária para não incorrer em posições estruturalistas, mecanicistas ou fatalistas. Dessa forma, por mais que as classes dominantes e suas elites políticas dominem as relações de produção, o sistema político e, não raramente a produção e circulação de ideias, eles não as controlam em sua totalidade.

No cerne das desigualdades sociais aprofundadas desde o final da década de 1970, pela acumulação por espoliação de direitos, está o neoliberalismo (DARDOT & LAVAL, 2016; HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010). Ele se origina após a Segunda Guerra Mundial, na Europa Ocidental e na América do Norte, traduzindo uma reação teórica e política contrária à intervenção

do Estado na Economia, ao *Welfare State* europeu e à planificação econômica e social dos regimes socialistas.

O neoliberalismo como doutrina político-econômica remonta ao final dos anos 1930. Radicalmente oposta ao comunismo, ao socialismo e a todas as formas de intervenção ativa do governo para além de dispositivos de garantia da propriedade privada, das instituições de mercado e da atividade dos empreendedores, ela começou como um conjunto isolado e em larga medida ignorado de pensamento ativamente moldado na década de 1940 por pensadores como Friedrich von Hayek, Ludwig von Mises, Milton Friedman e, ao menos por algum tempo, Karl Popper. Seria necessária, como previu prescientemente von Hayek, ao menos uma geração para que as concepções neoliberais passassem a ser corrente principal de pensamento. Reunindo recursos oferecidos por corporações que lhe eram simpáticas e fundando grupos específicos de pensadores, o movimento produziu um fluxo constante, mas em permanente expansão, de análises, textos, polêmicas e declarações de posição política nos anos 1960 e 1970. Mas ainda era considerado amplamente irrelevante e mesmo desdenhado pela corrente principal do pensamento político-econômico. Só depois de a crise geral de acumulação ter se tornado aguda veio o movimento a ser levado a sério como alternativa ao arcabouço keynesiano e a outras estruturas mais centradas no Estado de formulação de políticas (HARVEY, 2008, p. 130).

Durante sua existência, o neoliberalismo vem se configurando como algo mais complexo do que uma simples reatualização do liberalismo clássico do século XIX (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011). Ele se configurou como uma verdadeira matriz discursiva e um contradiscurso às experiências “welfaristas”, ao dirigismo do Estado sobre a sociedade e a todo o complexo de relações entre os homens e entre estes e a natureza que Henri Lefebvre (2011) chamou de concepção marxista do mundo⁹.

Em 1944, Friedrich August von Hayek publica o livro *O Caminho da Servidão*, obra que se estabeleceu como um marco teórico fundador do neoliberalismo. Nesta, o intelectual austríaco realiza profundas críticas à regulação estatal sobre o mercado e a sociedade. Para Hayek, a restrição ao livre mercado é uma séria ameaça à liberdade econômica e política. Ele defende que apesar das boas intenções da social-democracia, esta conduz ao mesmo desastre que o nazi-fascismo: a

⁹ Para Lefebvre (2011), uma concepção de mundo é uma visão completa da natureza e do homem, uma doutrina completa. Em certo sentido, uma concepção de mundo representa o que se denomina tradicionalmente de filosofia. Entretanto, essa expressão tem um sentido mais amplo do que a palavra filosofia. Em primeiro lugar, toda concepção de mundo implica uma ação, isto é, alguma coisa mais do que uma atitude filosófica. Na concepção marxista do mundo, a ação se define racionalmente em contato com o conjunto doutrinário e dá lugar, abertamente, a um programa político.

servidão moderna. Sua teoria sobre o Estado Social europeu não é aceita pelos reformadores da Europa keynesiana, ficando restrita ao plano teórico por mais de duas décadas, e os fundamentos do Estado de bem-estar social se consolidam na Europa do pós-guerra. Na mesma década, Hayek convocou para um encontro, diversos intelectuais de várias nacionalidades e que compartilhavam de suas teorizações sobre a relação Estado-mercado, obviamente, todos contrários ao Estado providência europeu, aos regimes socialistas e também ao *new deal* americano (ANDERSON, 2002).

A reunião, que objetivava aglutinar estudiosos defensores do liberalismo econômico e político, aconteceu em Mont-Pèlerin, cantão suíço de Vaud, em 1947, e, por isso, foi denominada Sociedade de Mont-Pèlerin. Esse grupo tinha dois grandes objetivos: construir críticas científicas ao socialismo, ao keynesianismo e às políticas sociais distributivas, disseminadas na Europa, após a Segunda Guerra Mundial, o tipo de intervenção estatal que David Harvey (2008) denominou de “liberalismo embutido”, e preparar fundamentos teóricos de outro tipo de capitalismo, em uma forma mais “pura”, livre de qualquer cerceamento extra-mercado (LAURELL, 2008; BEHRING, 2003). Mas a conjuntura deste período (1945-1973), a “idade de ouro” do capitalismo monopolista, se apresentava como um obstáculo à legitimação de (contra)reformas neoliberais e uma consequente negação ao Estado providência, fortemente ativo nas políticas de reprodução da força de trabalho por meio de amplas políticas sociais, que, em diferentes níveis, desmercantilizavam total ou parcialmente necessidades sociais da classe trabalhadora, que eram incorporadas pelo Estado e, em menor proporção, pelas empresas capitalistas.

Na verdade, ainda antes do Estado providência ser instituído como padrão de regulação social, desde o final do Século XIX as intervenções do Estado sobre a questão social já haviam sido expandidas pela forma política burguesa, intervenções estas que deram origem ao Serviço Social e que fizeram com que, pela primeira vez, a saúde fosse tomada como uma questão pública e como uma responsabilidade do Estado (MARTINELLI, 2008; NUNES, 1999; SMITH, 2014). Porém, somente nos 30 anos seguintes, ao fim da segunda guerra mundial, diante da forte sindicalização dos trabalhadores, do poder dos partidos do proletariado e da expansão da consolidação da União Soviética é que o Estado capitalista, sobretudo nos países capitalistas mais desenvolvidos, expande a sua função desmercantilizadora das necessidades sociais da classe

trabalhadora (DARDOT & LAVAL, 2016; HARVEY, 2008; FRASER, 2009). Direitos desproporcionalmente usufruídos por trabalhadores homens, brancos, com empregos estáveis e de origem europeia (CHANT, 2004).

Neste momento da “idade de ouro” do capitalismo, especialmente entre as décadas de 1950 e 1960, o crescimento econômico é significativamente rápido (ANDERSON, 2002; ESPING-ANDERSEN, 1995; FEINSTEIN, 2005; HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010). A constituição de um expressivo fundo público nos países do Norte capitalista possibilitou o financiamento da acumulação do capital e, ao mesmo tempo, o financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo a coletividade por meio de investimentos no campo social (OLIVEIRA, 1988).

A medicina socializada, a educação universal gratuita e obrigatória, a previdência social, o seguro desemprego, os subsídios para o transporte, os benefícios familiares (quotas para o auxílio habitação, salário família) e, no extremo desse espectro, subsídios para o lazer, favorecendo desde as classes médias até o assalariado de nível mais baixo, são seus exemplos. A descrição das diversas formas de financiamento para a acumulação de capital seria muito mais longa: inclui desde os recursos para a ciência e tecnologia, passa pelos diversos subsídios para a produção, sustentando a competitividade das exportações, vai através dos juros subsidiados para setores de ponta, toma em muitos países a forma de vastos e poderosos setores estatais produtivos, cristaliza-se numa ampla militarização (as indústrias e os gastos em armamentos), sustenta a agricultura (o financiamento dos excedentes agrícolas dos Estados Unidos e a chamada “Europa Verde” dos membros da CEE), e o mercado financeiro e de capitais e/ou fundos estatais, pela utilização de ações de empresas estatais como *blue chips*, intervém na circulação monetária de excedentes pelo *open Market*, mantém a valorização dos capitais pela via da dívida pública etc (OLIVEIRA, 1988, p.09-10).

Por conseguir promover a “harmonização” entre a satisfação de necessidades sociais da classe trabalhadora e a necessidade de lucro e extração de mais valia do capital, diante de uma correlação de forças mais favorável ao trabalho (HIRSCH, 2010), o *Welfare State* neutralizou momentaneamente os discursos dos neoliberais contra os perigos de qualquer tipo de controle estatal sobre o mercado por parte do Estado¹⁰ (DARDOT & LAVAL, 2016; HARVEY, 2008, 2011).

¹⁰ É válido ressaltar que, nesta conjuntura de crescimento para o capital e para o trabalho é que a Organização Mundial de Saúde (OMS), legitimada pelos países da Europa Ocidental e da Ex-União Soviética, voltou seus discursos ao fomento de sistemas estatais de saúde (DEACON, 2007), mesmo que sob forte resistência do Governo Estadunidense, que interpretava as desigualdades sociais em saúde segundo a perspectiva liberal, como resultado das escolhas individuais e que deveriam ser resolvidas segundo a capacidade de pagamento dos indivíduos (BARATA, 2009; DEACON, 2007).

No entanto, mesmo diante do êxito do Estado social, a sociedade de Mont-Pèlerin direcionou profundas críticas ao igualitarismo defendido pelo Estado de bem-estar social por meio de suas políticas públicas distributivas e pleno emprego (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011).

Para a formação ideológica neoliberal, o igualitarismo fomentado pelo Estado-providência e pelos Estados de economia planificada é destruidor da liberdade dos cidadãos e da vitalidade das competências, duas qualidades das quais, segundo eles, depende a prosperidade de todos (DARDOT & LAVAL, 2016; HARVEY, 2006, 2008; LAURELL, 2008). Portanto, afirmando que a desigualdade é um valor positivo, indispensável, uma necessidade para o sucesso das sociedades ocidentais (DAHRENDORF, 1993). Se esse corpo teórico permaneceu restrito ao meio acadêmico por mais de vinte anos, essa realidade mudou profundamente a partir da década de 1970 (ANDERSON, 2002; ANDREWS, 2010; BOND, 2001; FEINSTEIN, 2005; HARVEY, 2005, 2008, 2011; HIRSCH, 2010; TERREBLANCHE, 2005, 2012).

A crise do capital, que eclodiu em 1973, pôs em xeque a forma de acumulação e de regulação social keynesiana-fordista, tão plural e diversa como as dezenas de países que a implantaram, o que implicava em uma expressiva regulação estatal não só da produção, mas também da riqueza socialmente produzida, por meio dos amplos sistemas de seguridade e de políticas sociais universalizantes, como saúde, educação, habitação, etc (HARVEY, 2011; HIRSCH, 2010; PATEL, 2013). Nesse contexto, os países do capitalismo central sucumbem em uma profunda recessão, vivenciando, depois de três décadas de crescimento econômico, uma combinação entre recessão e uma insignificante taxa de crescimento, a *stagflation* (estagflação) (ANDERSON, 2002; ANDREWS, 2010; HARVEY, 2008).

A África do Sul, que havia se industrializado rapidamente entre os anos dourados do capitalismo, a partir dos excedentes gerados pelas exportações do complexo minerador, sofreu o impacto da crise capitalista entre os principais importadores de seus *commodities* minerais. O rápido enriquecimento do país, que resultou em um dos parques industriais mais desenvolvidos do mundo e uma população que chegava a 40 milhões de pessoas, não eram o suficiente para garantir a continuidade do crescimento por meio de incentivos ao mercado interno, já que o regime do *apartheid* havia empoderado econômica e socialmente apenas as pessoas que apresentassem o padrão de branquitude imposto pelo regime racista do Partido Nacional, em 1948. Esta política de

branqueamento do capital e das oportunidades de trabalho bem remunerado no mercado privado e nos órgãos do Estado, fizeram com que população branca fosse a única beneficiada pelo desenvolvimento econômico do capitalismo racial e a única preparada para enfrentar os impactos da crise capitalista de 1973, em um país fortemente dependente de exportações e em que os cerca de 3,5 milhões de brancos concentravam mais de 80% da riqueza nacional, enquanto que o salário dos negros não passavam de 12% do valor dos salários dos brancos, impossibilitando o fortalecimento da economia por meio do mercado nacional, tendo em vista que isto demandaria expandir as oportunidades e a renda salarial dos negros, de forma a equipará-los aos brancos, o que era injustificável, segundo o discurso político do Partido Nacional, que pregava o desenvolvimento em separado e o empoderamento político restrito aos trabalhadores brancos, seguindo as rígidas linhas raciais do *apartheid* (FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005).

Diante dessa nova conjuntura econômica global, combinada ao surgimento e/ou expansão de uma Nova Direita e do recrudescimento de discursos neoconservadores como força político-ideológica, sobretudo em países de capitalismo central com fortes relações econômicas com a África do Sul, como Estados Unidos, Alemanha Ocidental e Inglaterra (HARVEY, 2006, 2008, 2011; LAURELL, 2008; TERREBLANCHE, 2012), estão postas as condições à visibilidade e legitimação sociopolítica da ordem social do discurso neoliberal. Para Teun A. Van Dijk (2010), a hegemonia de uma ordem social do discurso neoliberal ocasionou a legitimação de discursos colonizados pelas formações ideológicas do livre mercado e a desqualificação discursiva dos projetos coletivistas e socializadores da riqueza e da política.

Para os intelectuais da Sociedade de *Mont-Pèlerin* e demais coletivos neoliberais como os da Escola de Chicago e do Colóquio Walter Lippman, esta crise era resultado direto do poder excessivo conquistado pelos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que ocasionava a intervenção destrutiva do Estado sobre a economia, como o planejamento econômico e a regulação social ou simplesmente resultavam em sistemas jurídicos e legislativos que rompiam com as “leis naturais” e harmônicas do livre mercado. As considerações destes intelectuais, que estavam longe de apresentarem um discurso único sobre a crise capitalista de 1973, representam bem o conteúdo político conservador destas teorias (DARDOT & LAVAL, 2016).

Segundo os neoliberais, a ação política da classe trabalhadora organizada colocava em risco as bases da acumulação privada, por meio de sua luta por melhorias salariais e reivindicações para que o Estado Social desmercantilizasse muitas de suas necessidades sociais, através de políticas públicas de orientação protetiva (ANDERSON, 2002; DARDOT & LAVAL, 2016; FRASER, 2009; HARVEY, 2006, 2008, 2011).

Hayek, Milton Friedman, Karl Popper e o vasto grupo de intelectuais neoliberais que ficaram conhecidos como Escola de Viena ou Escola Austríaca defendiam que esta dupla pressão, realizada pelos sindicatos sobre as empresas e o Estado, gerava processos inflacionários, altas de preços, que resultavam em crises das economias de mercado, endividamento e crescimento da burocracia estatal. Embora vissem a ação da classe trabalhadora e de setores progressistas da sociedade civil sobre o Estado e sobre a economia como um risco à reprodução do capital, estes intelectuais discordavam entre si sobre qual seria a função ideal do Estado. Enquanto eles concordavam em significar o Estado como instrumento político avançado de controle sobre os coletivismos, tiranias individuais e políticas interventivas pouco saudáveis, os neoliberais mais ortodoxos defendiam o livre mercado como correspondente a uma lei natural, criando uma verdadeira “mística neoliberal” sobre um estado das relações e interações humanas, manifesto pelo livre mercado e pela não intervenção do Estado na economia. Já os ordoneoliberais, defendiam que caberia ao Estado criar as formas institucionais e jurídicas mais adequadas ao livre mercado. Estes neoliberais “mais moderados” defendiam a proposta de um Estado árbitro, que, por meio de sua intervenção, garantisse a ordem mais adequada às relações de livre mercado e aos avanços do mercado. Os ordoneoliberais demandavam um Estado presente na evolução das leis e formas burguesas do direito que dessem sustentação e estabilidade à livre concorrência entre empresas e indivíduos (DARDOT & LAVAL, 2016).

Mas a reorientação dessas correntes do neoliberalismo indicada pelos neoliberais era clara: é necessário fortalecer o Estado na direção da quebra do poder dos sindicatos e no combate à ineficiência das instituições estatais, especialmente nas áreas sociais, pela formulação de políticas econômicas e sociais, padrões de gestão pública, ideologias e racionalidades que celebrassem o livre mercado e as formas de subjetivação criadas e reproduzidas em uma ordem social de mercantilização de todas as esferas da vida social e que tivessem como finalidade a valorização do

capital e ascensão do *homo economicus* como padrão de mentalidade (ANDREWS, 2010; DARDOT & LAVAL, 2016; HARVEY, 2008).

Segundo Joachim Hirsch (2010), o Estado neoliberal não pode ser reduzido à expressão “Estado mínimo”, pois esta indicaria uma ausência/retirada do Estado nos processos de produção e reprodução social. Para o intelectual alemão, o que ocorre, a partir da segunda metade dos anos 1970, é um redirecionamento radical das ações estatais às necessidades de acumulação capitalista, em detrimento das necessidades sociais coletivas. Para o autor, o Estado, a forma política da sociabilidade do capital, é essencialmente interventor, mas a direção dessa intervenção é mediada pela correlação de forças.

Utilizando-se da metáfora de Louis Althusser, em sua obra *Os Aparelhos Ideológicos do Estado* (2012), que dizia ser o Estado como um jogo de cabo de guerra em constante disputa entre as classes fundamentais, é possível afirmar que, a partir do neoliberalismo, a disputa se tornou inegavelmente mais favorável às mãos que puxam o cabo em direção aos interesses da burguesia e de suas elites políticas.

O trabalho de David Harvey *Neoliberalismo: história e implicações* (2008) corrobora com esta perspectiva ao denominar o Estado Neoliberal não como Estado mínimo, mas sim como um Estado comprometido com a restauração do poder da classe dominante, perdido durante as décadas de “liberalismo embutido” do pacto fordista. Na obra *O Novo Imperialismo* (2011), ao abordar “a acumulação por espoliação” legitimada pelo neoliberalismo, Harvey assinala que, sem um Estado presente, os processos de mercantilização/privatização dos bens e serviços públicos não seriam possíveis.

No livro *A Produção Capitalista do Espaço* (2005), o geógrafo defende que o compromisso do Estado contemporâneo, que ele chama também de “empreendedor”, é intervir permanentemente para criar as condições ideais à acumulação capitalista e ao livre mercado. Para Harvey, em algumas áreas como infraestrutura urbana, serviços primários de saúde e educação, não atrativos ao mercado, o Estado empreendedor assume o papel de gestão ou provisão, mas o faz a partir de relações de coalizões com agentes do mercado e não-governamentais e a partir da racionalidade do livre mercado (HARVEY, 2005; 2008). Essa leitura sobre a natureza e a direção social da intervenção do Estado neoliberal é compartilhada por Hirsch (2010).

Neste sentido, Pierre Dardot e Christian Laval, em *A Nova Razão do Mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal* (2016) defendem, a partir de uma profunda análise do neoliberalismo como a racionalidade do capitalismo tardio, que as metas do neoliberalismo não eram as políticas sociais e econômicas, estas seriam meios, estratégias de difusão deste sistema de pensamento. A verdadeira meta seria conquistar as subjetividades, naturalizando a razão do livre mercado como equivalente à razão humana. Esta matriz discursiva neoliberal só pôde se tornar hegemônica por ter sido aceita por governos nacionais e sistemas de Estados, como a União Europeia e o NAFTA, como uma nova razão do mundo, não apenas como diagnósticos e indicações à economia.

Segundo a perspectiva neoliberal, em sua intervenção, o Estado deve ser restritivo no seu investimento em políticas sociais e generoso na abertura de novas esferas ao mercado por meio da terceirização, das parcerias público-privadas, da privatização dos “salários sociais” - as políticas sociais (HARVEY, 2004, 2008, 2011; HIRSCH, 2010; MOORE, 2013).

Conforme esse receituário, a estabilidade monetária deve ser o objetivo central de todos os governos (DEACON, 2007; HARVEY, 2008, 2010). Sendo assim, uma disciplina orçamentária é fundamental e deve ser acompanhada por restrições nas despesas sociais e por uma taxa permanente de desempregados, naturalizando o exército de trabalhadores sobrantes e realizando pressão regressiva sobre os salários (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008). Estas estratégias deveriam enfraquecer os sindicatos, os partidos da classe trabalhadora e as funções sociais do Estado Providência (LAURELL, 2008). É inegável o papel do neoliberalismo em expandir a população de trabalhadores sobrantes e o crescente precariado¹¹ (STANDING, 2013).

Além disso, segundo os neoliberais, reformas fiscais deveriam ser realizadas com o objetivo de incentivar os agentes econômicos, grupos da classe dominante, a poupar e investir, por meio de redução de impostos sobre as rendas mais elevadas e sobre os lucros das grandes empresas (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005). O resultado dessas “reformas para o grande capital” deveria ser uma desigualdade benéfica, para o livre mercado, que dinamizaria as economias das potências capitalistas, em risco por causa das políticas

¹¹ Sobre o conceito de precariado, ver o interessante trabalho do Guy Standing, *O Precariado: a nova classe perigosa* (2013).

inspiradas nas proposições e “compromissos intra e entre classes” de Keynes e Beveridge, ou seja, a intervenção estatal anticíclica e a redistribuição de bens e serviços sociais (HARVEY, 2008, 2011; OLIVEIRA, 1988; TERREBLANCHE, 2005).

A expectativa dos defensores da formação ideológica, política e discursiva neoliberal era de que o crescimento viria naturalmente, quando fosse alcançada a estabilidade monetária e reativados os incentivos ao livre funcionamento do mercado: desfiscalização, limitação dos investimentos e cobertura das políticas sociais, desregulamentação da economia, entre outros (ANDERSON, 2002; DAVIE, 2015; HARVEY, 2008; HART, 2013; PATEL, 2013; PEREIRA, 2008).

A hegemonia do discurso neoliberal não ocorreu de forma imediata entre os países de capitalismo central. Logo após a crise de 1974-1975, os países centrais tentaram mitigar a crise utilizando-se de estratégias keynesianas (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011; HIRSCH, 2010). Somente no fim da década, em 1979, é que o neoliberalismo chegou ao poder, com o Governo de Margareth Thatcher¹². Este foi o primeiro país do norte capitalista a assumir uma plataforma política assumidamente neoliberal. Logo depois, em 1980, Ronald Reagan foi eleito presidente dos Estados Unidos da América com o mesmo compromisso (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008, 2011; TERREBLANCHE, 2005, 2012). Thatcher, na busca por uma estrutura de pensamento mais adequada para resolver os problemas econômicos de sua época, descobriu o movimento intelectual de Viena e voltou-se para seu corpo de ideias em busca de inspiração e recomendações depois de eleita. Em uma reunião com o presidente dos EUA, ela transformou toda a orientação da intervenção do Estado, que abandonou a busca do bem-estar social coletivo e passou a apoiar ativamente as condições do “lado da oferta”.

Na Inglaterra, a subsequente privatização dos serviços (água, telecomunicações, eletricidade, energia, transporte), a liquidação de empresas públicas e a moldagem de muitas outras instituições públicas (como as universidades) de acordo com uma lógica comercial levaram à radical transformação do padrão dominante das relações sociais e a

¹² Uma breve, mas excelente descrição da estratégia de legitimação sociopolítica do discurso político se encontra em Harvey (2008). Quando o autor aborda a reforma neoliberal, ele expõe brevemente como Margareth Thatcher se apropriou do discurso da sustentabilidade e da necessidade de mudanças nas matrizes energéticas para deslegitimar as greves e o ativismo políticos dos trabalhadores das minas de carvão.

uma redistribuição de ativos que favoreceu cada vez mais antes as classes altas do que as baixas (HARVEY, 2011, p. 131).

Em 1982, foi a vez da Alemanha, o país mais rico da Europa, através da eleição de Helmut Kohl como premier. Mas talvez a eleição mais representativa da orientação rumo à legitimação do neoliberalismo tenha sido a da Dinamarca, também em 1982, o que significou que até o bem-sucedido Estado-Providência nórdico, “o caminho escandinavo” (ESPING-ANDERSEN, 1995) havia sido questionado pela ordem do discurso neoliberal. Logo depois, praticamente todos os Estados na Europa Ocidental, com exceção da Suécia e da Áustria passam a ser governados por partidos de direita (ANDERSON, 2002).

Pode-se dizer que essa expansão de governos liderados por partidos e coalizões partidárias conservadores ou por antigos partidos com tradição no campo da esquerda, mas que cederam a ideologias e políticas neoliberais, criou a condição política necessária à disseminação do neoliberalismo entre os países centrais (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2008). Corrobora-se aqui com as análises de Perry Anderson (2002) e David Harvey (2008), que a hegemonia de uma nova direita na Europa e na América do Norte, consolidada ainda nos anos 1980, propiciou a hegemonia do projeto neoliberal no centro do capitalismo mundial. Dessa forma, a convergência entre discursos neoliberais e (neo)conservadores, embora esteja em declínio na União Europeia, por muito tempo foi uma realidade. Não raramente, os mesmos sujeitos coletivos que defendiam a reorganização do mundo fundado na ordem moral patriarcal, homofóbica, racista e ideais de uma depuração racial e cultural, foram aqueles que defenderam a diminuição das obrigações sociais do Estado. Algo completamente diferente do que se observa entre os partidos de direita da Europa desde a última grande crise capitalista, a de 2008. Mas não foram somente os Estados e sistemas de Estados que assumiram a defesa e difusão do neoliberalismo.

As organizações multilaterais, que são agentes globais ativos da formulação e gestão de políticas sociais, assumiram, desde a década de 1980, o papel de propagadoras do discurso neoliberal para as reformas dos Estados e dos sistemas de bem-estar social, especialmente das políticas sociais, fundamentando o “giro para o mercado” realizado pelos Estados Nacionais, entre as décadas de 1980 e 2000, mesmo que o neoliberalismo ou mesmo o mercado dentro dos marcos

capitalistas fosse estranho às populações nacionais, como ocorreu em boa parte da África Subsaariana (DAVIS, 2006; DEACON, 2007; HARVEY, 2011).

Ainda que não sejam objetos deste estudo, a análise destes discursos organizacionais é fundamental para compreender sob que argumentos a maioria dos Estados Nacionais abandonaram a perspectiva universalista em seus sistemas de seguridade social. Pois, como afirma Bob Deacon (2007), os discursos destas organizações incidem profundamente sobre os governos dos Estados nacionais e vêm fundamentando teórica e politicamente as suas reformas e ajustes estruturais.

Estes *policy makers* globais, desde os anos 1980, assumiram o papel de propagadores da perspectiva neoliberal para as políticas públicas, especialmente das políticas sociais, fundamentando o “giro neoliberal” realizado pelos Estados Nacionais, entre as décadas de 1980 e 1990, por meio da adesão às teorias neoclássicas sobre a ação política e econômica do Estado, como a praxeologia, a teoria da escolha pública e a *trickle down theory* (a teoria do gotejamento). Para Ralf Dahrendorf:

Nos anos 80 veio à tona uma forte corrente de impaciência ao *rigor mortis* da burocracia e do Estado interventor. Minorias importantes procuraram oportunidades de iniciativa, inovação e mudança. Os economistas associaram os constrangimentos da estagflação ‘ao declínio das nações’ e redescobriram Schumpeter, o teórico do espírito empresarial; autores de textos políticos - muitos deles auto-situando-se no lado direito do espectro, censuraram a recente dependência do Estado do Bem-Estar e prepararam o caminho para um novo darwinismo social, a sobrevivência dos “mais aptos” (DAHRENDORF, 1993, p.30-31).

A necessidade de internacionalizar o “discurso da liberdade de mercado” e as críticas à “engenharia social” e ao dirigismo dos regimes e governos socialistas e do *welfare state*, por meio destas organizações, é apontado pelos intelectuais da Escola Austríaca ou de Viena, assim como os da Escola de Chicago, como uma das estratégias de concretizar o internacionalismo neoliberal.

Segundo Ralf Dahrendorf (1993) e Ludwig Von Mises (1987), os neoliberais empenham-se no internacionalismo¹³. Em primeiro lugar, isso quer dizer uma atitude mental que informa as decisões políticas: algumas das instituições internacionais criadas depois da Segunda Guerra Mundial precisam de reforma, não está certo aboli-las. Uma ordem mundial que seja respeitada por

¹³ Esse internacionalismo, segundo Dahrendorf (1993), corresponde a uma utopia kantiana neoliberal de uma sociedade civil internacional.

todos os países continua a ser um objetivo importante, mesmo numa época em que as organizações existentes estão a ser pressionadas e precisam ser reformadas.

As agências internacionais como o Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Organização Mundial de Saúde (OMS) influenciam a formulação e os modelos de gestão das políticas sociais por meio de uma variedade de canais (CORELLA, 2005; DEACON, 2007; RIZZOTTO, 2012). Como exemplo, podemos citar: a construção de agendas de pesquisa e desenvolvimento de sistemas de conhecimento; empréstimos condicionados à adesão a determinados modelos e condicionalidades às políticas sociais e, por fim, o estabelecimento de códigos, regras e normas globais (DEACON, 2007; HARVEY, 2008; PATEL, 2013; RIZZOTTO, 2012).

Como afirma Bob Deacon (2007), estes organismos internacionais, na maioria das vezes, se relacionam de forma harmônica com os interesses dos Estados, das corporações e dos grupos econômicos que exercem a hegemonia no mundo, que passam a construir seus modelos de políticas sociais de acordo com as regras e normas concebidas por estas organizações, mas também influenciando a concepção destas políticas. A questão que se mostra relevante ao conjunto de Estados do mundo, é se os princípios, diretrizes e orientações sobre as políticas sociais formulados e/ou adotados pelas organizações internacionais refletem uma abordagem mais universalista ou social-democrata, ou um enfoque mais residual, seletivo, liberal ao conjunto das políticas sociais (DEACON, 2007).

Desde as recomendações e/ou imposições de ajuste estrutural, iniciadas no final da década de 1970, é perceptível o estabelecimento de um consenso global que, dentro e entre organizações internacionais, está a pressionar fortemente os países, em uma era de globalização, para outro paradigma de política social, para direções distintas da política social universalista integradora e das formas de gestão democrática (CORELLA, 2005; DEACON, 2007; HARVEY, 2006, 2008, 2011; HIRSCH, 2010).

O FMI e o Banco Mundial mudaram quase que da noite para o dia seus parâmetros de política. Em poucos anos, a doutrina neoliberal fizera uma curta e vitoriosa marcha por sobre as instituições e passara a dominar a política, primeiramente no mundo anglo-saxão, porém, mais tarde, em boa parte da Europa e do mundo. Como a privatização e a liberalização do mercado foram o mantra do movimento neoliberal, o resultado foi

transformar em objetivo das políticas do Estado a “expropriação das terras comuns”. Ativos de propriedade do Estado ou destinados ao uso partilhado da população em geral foram entregues ao mercado para que o capital sobreacumulado pudesse investir neles, valorizá-los e especular com eles. Novos campos de atividade lucrativa foram abertos e isso ajudou a sanar o problema da sobreacumulação, ao menos por algum tempo. Mas esse movimento, uma vez desencadeado, criou impressionantes pressões de descoberta de um número cada vez maior de arenas, domésticas ou externas, em que se pudessem executar privatizações (HARVEY, 2011, p. 131).

Mesmo reconhecendo que o investimento em política social é fundamental à coesão social e à formação do “capital humano”, estas organizações têm propagado um enfoque residual, seletivo e focalizado de política social, mais próximo do modelo americano ou liberal do que do modelo europeu de Estado interventor (DEACON, 2007; HARVEY, 2005, 2006, 2008; PATEL, 2013).

O colapso dos regimes socialistas também criou um contexto favorável para que estes atores globais da política social propagassem a adoção de modelos liberais de políticas sociais e se aliassem a organizações não-governamentais (ONGs) do campo do desenvolvimento social para ações focalizadas em países instáveis e populações em risco e vulnerabilidade social, tendo por meta o alívio da pobreza e não a integração social ou a criação de políticas de seguridade social (DEACON, 2007; HARVEY, 2008, 2011). Assim, se formou um novo tipo de rede de segurança social, diferente daquela proposta pelo Estado Providência, em que o sistema de proteção social era visto como uma responsabilidade estatal. Dentro da nova perspectiva, vocalizada pelos organismos multilaterais, em especial o Banco Mundial (DAVIE, 2015; HARVEY, 2008; 2011) a provisão de serviços sociais pelo Estado deve ser mínima e focada nos indivíduos e grupos que já vivem a situação de risco social, assim como, a gestão das políticas sociais precisa se orientar pela efetividade e adotar a racionalidade do mercado (CORELLA, 2005; DEACON, 2007).

Esta reorientação dos organismos multilaterais resultou que, na atualidade, nenhuma organização internacional, com exceção da UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância, esteja defendendo o modelo universalista/redistributivo para as políticas sociais, modelo característico dos países escandinavos (DEACON, 2007).

Desde os anos 1980-1990 o Banco Mundial dedicou significativa atenção à (re)construção do discurso sobre a política social global, defendendo um modelo de parcerias público-privadas entre Estado, sociedade civil e organizações do mercado para a promoção do bem estar, as *safety*

nets (DEACON, 2007; TERREBLANCHE, 2005). Esta proposta foi significada e defendida como um “pacto social entre e para além das classes sociais” (DEACON, 2007).

É válido ressaltar que o diagnóstico neoliberal acerca dos conflitos de classe defende a superação do mesmo a partir do momento em que, parafraseando Francis Fukuyama (1992), a “história acabou”, ou seja, quando as experiências do socialismo real chegaram ao fim. Para os neoliberais, em geral, o que havia surgido desde a queda do muro de Berlim era uma aldeia global formada por homens e mulheres organizados por necessidades e projetos individuais que seriam viabilizados caso fossem observadas as liberdades de mercado, de empreendimento e concorrência individual. Sobre a questão social e as desigualdades sociais, e assimetrias raciais, entre os sexos e nacionalidades que não só continuaram a existir, como se aprofundaram, neoliberais como Ralf Dahrendorf (1993), defendiam que os não beneficiados pelo globalismo neoliberal formavam apenas uma *underclass* que precisava ser ajustada para integrar e usufruir das benesses da nova ordem do mercado. Para ele e outros neoliberais, como os que tutelaram a transição sul-africana do *apartheid* à democracia, quando as restrições ao livre mercado e à livre circulação de mercadorias fossem retiradas, dinheiro seria transformado em capital e dos novos investimentos surgiriam novos postos de trabalho (BARBOSA FILHO, VIEIRA & RODRIGUES, 2016; BOND, 2010; TERREBLANCHE, 2012).

Nesse mesmo período, a meta de redução da escala de investimento/intervenção social estatal toma centralidade no discurso do Banco Mundial e tem relação com a escolha entre o universalismo e a focalização no desenvolvimento das políticas sociais. Neste contexto, também se observa que as recomendações do BM substituem o princípio da igualdade pelo da equidade nas políticas sociais (DEACON, 2007). A regra do Banco é para que os Estados assumam como alvo da provisão de serviços sociais públicos apenas os pobres (RIZZOTTO, 2012).

A entrada de novos sujeitos coletivos, como as ONGs e o mercado, na satisfação das necessidades sociais, antes consideradas funções exclusivas ou majoritárias do Estado, como educação e saúde, evidencia que, para o Banco Mundial, o Estado de bem-estar deve dar lugar às *safety nets* e incentivos à privatização e/ou terceirização da execução e gestão das políticas sociais (DEACON, 2007; HARVEY, 2006, 2008, 2011).

Entre as razões que podem ser oferecidas para o declínio da concepção universalista, defendidas pelo Banco Mundial, está a ideia de que instituições estatais, gerenciadas segundo os modelos de mercado, combinadas às parcerias público-privadas na execução das políticas sociais, fomentariam o encontro entre as necessidades sociais dos mais pobres entre os pobres e os “prematuros” ou “incompletos” sistemas de Bem-Estar Social da América Latina, Sul da Ásia e África. Esse processo foi publicizado pelo Banco Mundial como o seu compromisso com os pobres, garantindo serviços sociais para quem realmente precisa (DEACON, 2007). E, para tal, em nome dos pobres, o BM defendeu a restrição de cobertura de serviços públicos estatais à classe média, promovendo serviços sociais para os mais pobres e para aqueles que viviam em pobreza abjeta (CORELLA, 2005; DAVIE, 2015; DEACON, 2007; PATEL, 2013; SITAS, 2010).

Mas as implicações sociais das reformas e ajustes neoliberais foram mais deletérias ao bem-estar social nos países de capitalismo periférico, países da América Latina, África, Ásia e para aqueles que passavam pela transição do socialismo para a economia capitalista, como os Estados do Leste Europeu. Estes grupos de países sofreram o desmonte e/ou a mercantilização dos seus sistemas de bem-estar social. As ideologias neoliberais, elaboradas originalmente por intelectuais europeus e estadunidenses, logo foram adaptadas às realidades político-econômicas de Estados e nações da periferia capitalista. Neste sentido, o discurso neoliberal não demorou a se apropriar e a ser apropriado pelos partidos de libertação nacional da África Subsaariana, justificando reformas neoliberais e/ou fim das economias planificadas.

Por corroborar com as perspectivas de Gosta Esping-Andersen (1995) e Ramesh Mishra (1991 apud PEREIRA, 2008) sobre o que é *Welfare State*, defende-se aqui a tese que este não existe ou existiu na África. Mesmo considerando as amplas redes de proteção social que caracterizaram a Líbia sob o Governo de Muammar al-Gaddafi (1969-2011) ou a África do Sul do *apartheid*, nos dois casos a provisão de bem-estar social estava vinculada a regimes ditatoriais, preservava clivagens raciais e não estava alinhada a uma cultura de direitos, justiça social, democracia ou cidadania ampliada.

O *Welfare State*, uma das marcas da “era dourada” da prosperidade do pós-guerra, significou mais do que um simples incremento das políticas sociais no mundo industrial desenvolvido. Em termos gerais, representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política. Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos

de cidadania; moralmente, a defesa das idéias de justiça social, solidariedade e universalismo. Politicamente, o Welfare State foi parte de um projeto de construção nacional, a democracia liberal, contra o duplo perigo do fascismo e do bolchevismo (ESPING-ANDERSEN, 1995, p.73).

Nos anos pós-descolonização da África, sobretudo na África Subsaariana, com exceção dos cidadãos brancos da África do Sul, a proteção social foi tradicionalmente relegada à família (seria mais coerente dizer que foi relegada às mulheres das famílias) e à rede de proteção próxima (CHANT, 2009; DAVIS, 2006). A realidade do bem-estar social dos novos Estados soberanos da África estava alicerçada, em grande parte, em sistemas tradicionais de oferta material e de cuidado com os necessitados. Estes sistemas conviviam com formas também tradicionais de exploração dos homens sobre os homens (FEINSTEIN, 2005), mas sem as formas extremas de vulnerabilização e exploração que acompanhariam a maturação das relações capitalistas no continente, deixando de ser particularidades dos núcleos urbanos, centros econômicos e capitais e se aprofundando até as áreas mais longinquas, nas zonas rurais. Como foi observado por Joachim Hirsch (2010), a ascensão de relações capitalistas não poderia ser erigida sem a destituição dos trabalhadores sobre os seus meios de produção e sem a participação ativa dos novos Estados nacionais.

Neste sentido, o ajuste neoliberal foi viabilizado pelos mais de 40 Estados africanos que implantaram o neoliberalismo como sistema de pensamento político, aprofundaram as relações capitalistas no continente africano, mercantilizando os serviços básicos e difundindo a racionalidade do livre mercado nas zonas urbanas e rurais (BALOGUN, 1995; DAVIS, 2006). Isto significou a privatização de serviços básicos, como eletricidade, saneamento, água potável, geralmente restritos aos enclaves urbanos, e a mercantilização do uso da terra e dos recursos hídricos, o que representou fome, conflitos armados, pauperização e a proletarização de grandes contingentes populacionais.

Esse esforço de legitimar o neoliberalismo, no continente em que ele foi mais deletério, em detrimento das reformas que ocasionassem o “liberalismo embutido” precisava de uma boa explicação, e, para esse fim, o conflito de ideias teve de fato um papel importante (HARVEY, 2008, 2011; HART, 2013). As ideias econômicas mobilizadas em apoio à virada neoliberal apresentam uma complexa fusão entre o monetarismo, cuja base intelectual é Friedman, teoria das expectativas

racionais, elaborada por Robert Lucas e, no campo da gestão pública, desponta a teoria da escolha pública, cujas bases são James Buchanan e Gordon Tullock. O ponto comum entre estas construções teóricas era a alegação de que a intervenção estatal, sobretudo aquela sobre as expressões da questão social, era antes um problema do que uma solução, e que uma política monetária estável combinada a significativos cortes de impostos entre as classes mais altas geraria uma economia mais saudável, ao fomentar a atividade empreendedora, criando novos empregos e transformando dinheiro em capital (ANDERSON, 2002; BOND, 2001; DARDOT & LAVAL, 2016; DAVIE, 2015; HARVEY, 2008, 2011; TERREBLANCHE, 2005).

Além das diferenças em seus formatos, também se observa diferenças nas ideologias e racionalidades das reformas neoliberais (DARDOT & LAVAL, 2016; HARVEY, 2008). Por exemplo, enquanto a experiência brasileira de contrarreforma se fundamentou principalmente na teoria da escolha pública, o caso sul-africano se baseou na teoria do gotejamento.

Porém, nos dois países, assim como em todo o continente africano, as reformas neoliberais não têm se configurado como resposta aos problemas que prometiam resolver. Como aponta Rodrigo Castelo (2013), Brasil e África do Sul fazem parte do grupo de Estados em que as reformas neoliberais aprofundaram a dívida social de forma tão aguda, que criaram as condições objetivas para a radicalização das lutas sociais, pondo em risco a própria reprodução das relações capitalistas, o que demandou novos padrões/modelos de intervenção social por parte dos seus governos. Essa aparente ruptura em relação às práticas neoliberais, alegando “uma crise do neoliberalismo”, criou o contexto de surgimento em nível internacional de estratégias que se autodefinem como equidistantes tanto do liberalismo quanto do socialismo: a terceira via e o social-liberalismo.

Por social-liberalismo entende-se um amplo movimento, em escala internacional, de incorporação de premissas do neoliberalismo por tradicionais partidos de orientação social-democrata e não uma aproximação aos projetos social-democratas e socialistas por partidos neoliberais (CASTELO, 2013). O respeito por parte dos partidos de esquerda, em grande parte resultante do transformismo na consciência de classe de suas lideranças às determinações do capital (DAVIE, 2015; IASI, 2012; TERREBLANCHE, 2005, 2012), resultou em uma verdadeira mistificação conceitual e política que procura obscurecer as estratégias e os mecanismos de exploração e de opressão na adesão às políticas de ajuste estrutural compactuadas pelos fundos

internacionais (FMI e Banco Mundial) e a defesa programática das reformas trabalhistas e previdenciárias que produziram um curioso efeito político: a emergência de uma espécie de neoliberalismo mitigado.

Isto é visível pela expansão da cobertura dos programas de transferência de renda na África do Sul depois de 2008. Quando a crise mundial do capital pôs fim à onda de criação de empregos precários e de baixa remuneração, as *social grants*, ou os programas de transferência de renda, se generalizaram como a principal resposta do Estado neoliberal à falência das respostas à questão social por meio da criação de postos de trabalho ultra precários.

Os avanços nos indicadores sociais do Brasil em relação ao seu auto-denominado par “neodesenvolvimentista” sul-africano, durante toda a década de 2000 foram significativamente expressivos. É somente com o fim de mais de uma década de neoliberalismo ultra ortodoxo, representado pelos mandatos de Nelson Mandela e Thabo Mbeki, que as intervenções do Estado sul-africano para mitigar minimamente as expressões mais severas da questão social se desenvolvem, sem tensionar as diretrizes neoliberais e a supremacia do capital financeiro no país, dando resposta a uma onda de protestos e ações coletivas de confronto que vinham ocorrendo no país desde o primeiro mandato de Thabo Mbeki (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Segundo Rodrigo Castelo (2012), o social-liberalismo surgiu como uma revisão ideológica do neoliberalismo, diante da crise conjuntural, que ameaçava parcialmente a hegemonia neoliberal em regiões do planeta. Intelectuais e ideólogos, de diversas instituições e movimentos ligados às classes dominantes, iniciaram um processo de revisão dos principais pontos do projeto neoliberal, sintetizados no Consenso de Washington., um projeto político-ideológico das classes dominantes de intervir/dar novas respostas às múltiplas tensões e conflitos decorrentes do acirramento das expressões da questão social e da luta política da classe trabalhadora e grupos subalternizados. Em poucas palavras, a questão social tornou-se novamente alvo da intervenção teórica e prática das classes dominantes. Dessa forma, o social-liberalismo, à primeira vista, pareceu uma retomada de consciência social por parte das classes dominantes frente à degradação do mundo do trabalho e do meio ambiente. As principais medidas do social-liberalismo, enquanto “novo” padrão de intervenção na questão social, direcionavam-se a tentativas de combinar uma agenda social ao

projeto neoliberal, promovendo um sincretismo de medidas de estímulo a intervenções pontuais do Estado e do chamado terceiro setor nas expressões mais agudas da questão social, reconhecendo as falhas do mercado, sem, no entanto, tocar nos fundamentos da vida mercantil generalizada sob o capitalismo.

Para os intelectuais do social-liberalismo, mesmo constatadas as falhas do neoliberalismo, o mercado ainda era a melhor forma de organização e regulação das relações de produção e reprodução social criada pelo ser humano, mas deveria sofrer intervenções tópicas nas suas principais falhas, a exemplo da má distribuição de renda e dos danos ambientais (CASTELO, 2012, 2013). Estas alterações nas formas da supremacia burguesa na era neoliberal representam algumas inflexões que alteram o estado das coisas, não para resolver as expressões da questão social, mas justamente para manter a dominação capitalista nas suas estruturas mais básicas (CASTELO, 2012, 2013; IASI, 2012).

A cooptação de “bancos de ideias” e instituições está no cerne da hegemonia da burguesia neoliberal, produzindo e distribuindo suas ideologias por meio de discursos e signos sociais que apresentam a sociedade como desprovida de conflitualidade de classes, produzindo políticas e projetos de Estado que buscam garantir a reprodução das relações sociais capitalistas e subjetivar as relações capitalistas. No entanto, as vigentes experiências neoliberais têm resultado bem mais no avanço da pauperização, da feminização da pobreza, do agravamento das desigualdades sociais em saúde e do crescimento da polarização entre as classes (CHANT, 2004, 2009; DAVIS, 2006; HARVEY, 2008; HART, 2013).

Segundo Eric Hobsbawm (2009), o neoliberalismo acabou após a crise capitalista do sudeste asiático, de 1998. Para Dardot e Laval (2016) este diagnóstico sobre o fim do neoliberalismo foi e ainda é um sério equívoco. Pois as práticas políticas dos Estados gerenciais, como a África do Sul Pós-*apartheid*, afirmam que o neoliberalismo continua vigente no sistema político, na economia, nas instituições, na cultura e no sistema de bem-estar social. Desde os anos 2000 se observa uma expressiva expansão de acesso e cobertura dos serviços sociais, restrita aos mais pobres, mas que não chega a todos os elegíveis, diante da ortodoxia neoliberal. E que não questiona a crescente mercantilização dos nichos mais lucrativos do bem-estar social, dos quais a

política de saúde e de educação superior são os maiores exemplos, o que parece evidenciar não a superação do neoliberalismo, mas a existência de um “neoliberalismo embutido”.

A superioridade da racionalidade neoliberal, segundo Dennis Mueller (1984), garante que essa seja válida e a melhor forma de tomada de decisão sobre a vida coletiva, mesmo no campo das “escolhas extramercado”. Vale salientar o sentido que o autor atribuiu à expressão “escolhas extramercado”. Mueller deixa claro em sua conceituação a característica central da escolha pública: a aplicação da economia à política. Portanto, as escolhas mencionadas na definição referem-se a escolhas que são realizadas fora do mercado econômico propriamente dito, correspondendo a escolhas públicas. Para esta teoria, os mecanismos que regem o campo político são os mesmos que regem o campo econômico¹⁴.

Em comum, a teoria da escolha pública e a economia neoclássica têm como pressupostos: o autointeresse; a troca e o individualismo (UDEHN, 1996 Apud ANDREWS, 2010; DAHRENDORF, 1993).

Depreende-se, então, que, para a teoria da escolha pública, o princípio do livre mercado é um pressuposto universal. Para estes autores, as escolhas políticas não podem ser fundamentalmente diferentes de quaisquer outras escolhas que os indivíduos fazem, pois aqueles que têm um comportamento racional e autointeressado no mercado são os mesmos que fazem escolhas coletivas ou públicas em nome da comunidade (BUCHANAN, 1972). Essa compreensão da ação política dos agentes do Estado, como essencialmente egoístas, justifica a separação entre formuladores e executores das políticas públicas; e o repasse ao mercado, o mais eficiente regulador social, segundo esse corpo teórico, da gestão e execução das políticas.

Segundo os teóricos da escolha pública, o autointeresse teria *status* universal, sendo todos os comportamentos sociais explicados a partir da premissa do *homo economicus*, que age

¹⁴ É interessante notar que a formação ideológica neoliberal não esteve restrita à abordagem de práticas e teorias para a economia e o Estado. Nem a ação coletiva de confronto, realizada pelos movimentos sociais esteve livre de interpretações de intelectuais neoliberais. Exemplo disso foram as teorizações do economista Mancur Olson sobre os movimentos sociais. Para o autor, apenas as lideranças dos movimentos tinham compromissos político-ideológicos reais, os demais membros, as bases dos movimentos, estariam organizados coletivamente para conseguir recursos materiais e de prestígio. Neste sentido, Olson aplicou a racionalidade da economia política para interpretar a ação política coletiva. Sobre isso ver Sidney Tarrow (2009).

racionalmente para maximizar suas vantagens e minimizar seus custos (ANDREWS, 2010; DARDOT & LAVAL, 2016).

Sinalizar esse individualismo metodológico apenas como uma característica dos intelectuais da *public choice theory* (Teoria da Escolha Pública), ou de suas matrizes, a Escola de Viena e a Escola de Chicago, liderada por Milton Friedman, seria um equívoco. Pois este é um elemento fundante da concepção individualista/ burguesa de mundo, profundamente analisada e caracterizada por Lefebvre (2011) e Fiorin (2007), e do seu discurso sobre a ciência, caracterizado por Boaventura de Souza Santos (2010).

Tomando esse individualismo como princípio universal, James Buchanan faz recomendações sobre a gestão de políticas públicas que ofertam serviços e bens coletivos. Para o autor e demais defensores do liberalismo econômico (liberismo), a intervenção do Estado na economia gera uma externalidade negativa. Eles argumentam que os burocratas do Estado agem no sentido de maximizar seus interesses, que estariam fundamentalmente relacionados à expansão da máquina pública, pois supõem que os burocratas expandem seu poder social quando aumentam os recursos disponíveis para as suas organizações. Dessa forma, a expansão das políticas sociais sob a responsabilidade do Estado, mesmo que apresentando formas de participação política e de democratização do poder decisório, seriam subordinadas aos interesses privados das elites tecnocráticas ou políticas, deslegitimando as formas de solidariedade coletiva inauguradas com o Estado de bem-estar social.

Segundo estes intelectuais, o padrão de regulação mais adequado para o Estado seria o de intervenção mínima na sociedade e de separação entre as organizações que formulam as políticas públicas, organizações estatais, e organizações que as executam (privadas, filantrópicas e públicas não-estatais), pois, assim, se conteria os interesses egoístas dos burocratas (BUCHANAN, 1975). Fica evidente que esta proposta configura o “Estado neoliberal”, no qual as funções sociais idealizadas para o Estado poderiam ser resumidas à proteção dos contratos, da propriedade privada e da criação de melhores condições à acumulação de capital. Portanto, não ocorre uma retirada do Estado, mas uma clara instrumentalização do mesmo pelas classes e grupos dominantes (HART, 2013; HARVEY, 2008).

Por meio de uma visão “estatofóbica”, de uma maneira geral, o projeto neoliberal propõe contribuir para a viabilização do Estado mínimo às necessidades das classes e grupos subalternizados e orientado à mercantilização de várias esferas da vida social, antes protegidas pelo Estado Social e seus sistemas de seguridade ou seguros sociais públicos, questionando a cultura dos direitos de cidadania, confinando a significação dos direitos aos do *homo economicus*.

Dessa forma, a hegemonia do discurso neoliberal nos países de capitalismo central e periférico e entre os organismos multilaterais, presente nas décadas de 1980 e 1990, compartilha a mesma base material, a ascensão do capitalismo neoliberal mundializado (ANDREWS, 2010; BOND, 2001; DEACON, 2007; HARVEY, 2005, 2008, 2011; HIRSCH, 2010; TERREBLANCHE, 2012), mas se manifesta em processos políticos e ideológicos específicos/particulares: nacionais, locais, regionais, entre outros e que não podem ser reduzidos a reflexos mecânicos da estrutura econômica (ESPING-ANDERSEN, 1995; HARVEY, 2008).

Além disso, desde o princípio dos anos 2000, tanto em países do Norte como do Sul capitalista é possível ser observada uma expressiva inflexão nas formas de alguns Estados intervirem na regulação social e econômica, o chamado social-liberalismo (CASTELO, 2012, 2013; BRAGA & BIANCHI, 2003). Dentre estes, alguns Estados que parecem ter enfrentado com êxito a crise capitalista de 2008, ao menos nos aspectos econômico e na provisão de serviços sociais mínimos, vêm sendo chamados de “capitalistas de Estado” (BREMMER, 2011). Brasil e África do Sul, assim como os demais membros desse reduzido grupo, a exemplo de Rússia, Índia, Turquia, China, Arábia Saudita, Austrália, etc romperam com algumas práticas e programáticas neoliberais no tocante à intervenção do Estado na economia, implantadas nas duas décadas passadas (1980 e 1990) e utilizaram o poder econômico e recursos do fundo público dos seus Estados e/ou governos subnacionais como expressivas ferramentas promotoras do processo de acumulação de capital (BREMMER, 2011; HARVEY, 2011), garantindo significativo crescimento econômico em um contexto de crise capitalista. Mas, preservando vários elementos característicos do capitalismo em sua fase tardia, como a mercantilização de serviços e direitos sociais.

Mas este apoio estatal à restauração do poder de classe e à mitigação de expressões da questão social evidencia a preservação da natureza de classe do Estado, mesmo que sob uma suposta forma pós-neoliberal. O capitalismo financeiro mundializado demanda que a forma política

burguesa, o Estado, continue a intervir para fomentar as melhores condições à reprodução das relações capitalistas, mas diferente do capitalismo monopolista que tinha uma estreita relação com o nível federal dos Estados, esse “novo capitalismo” significa como fundamental a relação com os níveis subnacionais (HARVEY, 2005; HIRSCH, 2010). Por isso, os processos de descentralização e regionalização das políticas e serviços do Estado tiveram continuidade mesmo depois da contestação da ortodoxia neoliberal, onde ela ocorreu (HARVEY, 2008).

Segundo David Harvey (2005), a centralidade dos governos subnacionais como promotores do processo de acumulação de capital e do processo de descentralização, como forma de criar infraestrutura social básica, eficiente e de baixo custo, teve início no contexto imediato pós-crise de 1973. Segundo o geógrafo, em 1985, em Orleans, França, um seminário reuniu acadêmicos, empresários e formuladores de políticas de oito grandes cidades de países capitalistas desenvolvidos. O objetivo do Seminário de Orleans era analisar as estratégias de ação adotadas pelos governos dessas cidades para responder à crise econômica global iniciada na década de 1970. Para o autor, este evento resultou na expressão de um grande consenso: os governos das cidades, estados e províncias tinham de ser muito mais empreendedores e inovadores, devendo assumir a disposição de explorar todas as possibilidades de responder à crise econômica e suas consequências sociais, e não ofereceu acordos sobre a melhor forma de isso ser feito.

Mas, para serem inovadores e empreendedores, as cidades e estados deveriam abandonar a perspectiva “administrativa” e o seu compromisso político-ideológico de priorizar o bem-estar social no território e se organizarem para criar ambientes atraentes aos negócios (HARVEY, 2005). Segundo Robert Goodman (1979 apud Harvey, 2005), os governos, tanto estaduais como locais, deveriam ser os “últimos empreendedores”.

Essa seria uma estratégia, segundo o discurso do Estado gerencial, para superar a crise. Mais uma vez, a ordem do discurso do mercado é a referência para a tomada de decisão na esfera política e a crise capitalista, tratada como crise do Estado-providência e/ou do Estado nação, é o elemento de legitimação sociopolítica para medidas que marginalizam as necessidades sociais das classes e grupos subalternizados.

Em resumo, desde o início da década de 1970, não há nada sobre o empreendedorismo urbano que seja antitético à tese relativa à mudança macroeconômica na forma e no estilo de desenvolvimento capitalista. De fato, pode-se afirmar com segurança que as mudanças

na política urbana e o movimento rumo ao empreendedorismo têm desempenhado um importante papel facilitador na transição dos sistemas de produção fordistas localizacionalmente rígidos, suportados pela doutrina do bem-estar estatal keynesiano, para formas de acumulação flexível, muito mais abertas em termos geográficos e com base no mercado (HARVEY, 2005, p. 179).

Há uma concordância geral de que a mudança tem a ver com as dificuldades enfrentadas pelas economias capitalistas a partir da recessão de 1973. A desindustrialização, o desemprego disseminado e aparentemente “estrutural”, a austeridade fiscal aos níveis tanto nacional quanto local, tudo isso ligado a uma tendência ascendente do neoconservadorismo e a um apelo muito mais forte (ainda que, frequentemente, mais na teoria do que na prática) à racionalidade do mercado e à privatização, representam o pano de fundo para entender por que tantos governos urbanos, muitas vezes de crenças políticas diversas e dotados de poderes legais e políticos muito diferentes, adotaram todos uma direção muito parecida. A maior ênfase na ação local para enfrentar esses males também parece ter algo a ver com a capacidade declinante do Estado-Nação de controlar os fluxos financeiros das empresas multinacionais, de modo que o investimento assume cada vez mais a forma de negociação entre o capital financeiro internacional e os poderes locais (que fazem o possível para maximizar a atratividade do local como chamariz para o desenvolvimento capitalista). Além disso, a ascensão do empreendedorismo urbano talvez tenha tido um papel importante na transição geral da dinâmica do capitalismo de um regime fordista-keynesiano de acumulação capitalista para um regime de “acumulação flexível” (HARVEY, 2005, p. 166-167).

Um ponto fundamental dos *insights* de David Harvey para esta pesquisa é que a transição do Estado keynesiano-centralizador para o Estado Gerencial, interventor por meio de uma política de serviços sociais e infraestrutura básica, fundamentado na ordem do discurso do livre mercado, não se manifesta de forma única e sem conflitos. Sendo assim, “é importante especificar quem está sendo empreendedor e a respeito de quê” (HARVEY, 2005, p. 169). Assim, mesmo que não seja o objetivo dessa pesquisa, além de questionar a direção social do processo de criação de um sistema nacional de saúde na África do Sul pós-*apartheid*, é fundamental questionar que sujeitos coletivos são os “empreendedores” dessas concepções de saúde, manifestas no discurso governamental. Ainda, segundo David Harvey (2005; 2008) e Joachim Hirsch (2010), a análise sobre o Estado Gerencial deve ir além da ação do governo, pois o poder político de ordenação dos governos nacionais e subnacionais muitas vezes está em outra parte ou em uma coalização de forças mais ampla, em que o governo e a administração das cidades, países e/ou estados desempenham apenas o papel de facilitadores e/ou coordenadores dos processos. Para Harvey e Hirsch, deve-se considerar a formação da política de coalizão, em que diversos sujeitos sociais podem entrar em cena no empreendedorismo governamental.

Frequentemente, essa “mesa-redonda” se aglutina, gerando o poder dirigente relativo à política da “máquina de desenvolvimento” (MOLOTCH, 1976). As instituições educacionais e religiosas, os diversos ramos do governo (variando do militar às instituições de pesquisa e administrativas), as organizações sindicais locais (em particular, do setor da construção civil), assim como os partidos políticos, os movimentos sociais e os aparelhos estatais locais (que são múltiplos e frequentemente heterogêneos), também podem participar do jogo da iniciativa local, ainda que, muitas vezes, com objetivos diferentes. A formação da coalizão e da aliança é tarefa muito delicada e difícil, abrindo caminho para pessoas de visão, tenacidade e habilidade (como um prefeito carismático, um administrador municipal talentoso ou um líder empresarial rico) imporem uma marca pessoal sobre a natureza e direção do empreendedorismo urbano, talvez para moldá-la até para fins políticos específicos. Enquanto, em Baltimore, foi uma figura pública como o prefeito Schaefer que desempenhou o papel principal, em Halifax ou Gateshead, na Grã-Bretanha, foram os empreendedores privados que assumiram a liderança. Em outros casos, foi uma mistura mais intrincada de personalidades e instituições que desenvolveu um projeto específico em conjunto (HARVEY, 2005, p. 170).

Atualmente, a direção social dos sistemas e políticas de saúde situa-se em um contexto de disputas teórico-políticas marcado por perspectivas ideológicas e projetos de Estado e sociedade distintos, sendo reivindicado por partidos políticos de direita e esquerda (DEACON, 2007; DENNILL, 2014; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012). A implementação de sistemas nacionais de saúde, assim como qualquer política social sob o capitalismo, é contraditória. Ela é central tanto à necessidade capitalista de socializar poder político e serviços, sem socializar a propriedade dos meios de produção, sustentando a representação coletiva do Estado como representante das necessidades do conjunto da sociedade, transmutando conflitos de classe em conflitos entre o “povo e o Estado”, como também coletivizando os custos sanitários do processo de reprodução capitalista ao conjunto da sociedade, já que estes sistemas de saúde são desproporcionalmente financiados pelos trabalhadores por meio de imposto, sendo as raras exceções os países que implantaram políticas tributárias progressivas. A alienação de parte da riqueza socialmente produzida e não paga aos trabalhadores e trabalhadoras, combinada ao crescente custo dos impostos e tarifas dos serviços de provisão de necessidades humanas básicas que acompanha a hegemonia neoliberal, que por outro lado, tende a poupar os ricos, suas fortunas e as grandes transações financeiras é uma das faces mais deletérias do Estado neoliberal (TERREBLANCHE, 2005, 2012).

O que a “grande política” do capital financeiro, da acumulação por espoliação vem afirmando é uma conjuntura significativamente desfavorável à existência e/ou fortalecimento dos espaços de controle social público, pois, como aponta Behring (1998), sob a hegemonia do capitalismo financeiro e a “supercapitalização” das políticas sociais, a natureza estruturalmente conservadora do Estado se manifesta, tornando mais difícil a socialização da política, mesmo dentro do horizonte da emancipação política. Sobre isso, Harvey (2008) defende que o Projeto do Estado neoliberal é caracterizado por práticas políticas que contraditoriamente podem expandir serviços sociais, mas não o faz compartilhando poder e negam estruturalmente a cultura welfarista dos direitos de cidadania. Dessa forma, os governos empreendedores, gerencialistas, tendem a negar as instâncias de participação política que possam incidir na destinação do fundo público para as necessidades sociais coletivas.

Estes discursos científicos de direção “anti-política” são semelhantes aos desenvolvidos pela “concepção jurídica de mundo” e o “fetichismo da forma”, do socialista utópico Anton Menger em seu trabalho *O direito ao produto integral do trabalho historicamente exposto*, publicado em 1886. Para Menger, mudanças nas formas jurídicas, legislativas, reelaborando o socialismo segundo uma perspectiva jurídica, dentro da ordem burguesa, seriam os caminhos reais e pacíficos para o socialismo. Dessa forma, negando a própria natureza burguesa dos direitos e da figura do sujeito de direitos, engendrada segundo a concepção jurídica de mundo, uma vez que o funcionamento do direito implica obrigatoriamente a reprodução das relações sociais burguesas.

Essa análise não anula a luta por direitos, mas, como apontam Engels e Kautsky, mesmo as lutas democráticas, dentro da construção dos planos de partidos políticos da classe trabalhadora, deveriam expressar as lutas e conflitos entre as classes e tensionar a legalidade social capitalista (ENGELS & KAUTSKY, 2012). Estas lutas e conflitos dentro e entre as classes são manifestos em discursos, sendo os estudos de discurso um meio de analisá-los, como será visto a seguir.

2.3 A TEORIA SOCIAL DO DISCURSO A PARTIR DA FILOSOFIA DA LINGUAGEM DO CÍRCULO DE BAKHTIN

Diante da diversidade de matrizes filosóficas que fundamentam os estudos de discurso (GREGOLIN, 2010), e da hegemonia de estudos sobre práticas discursivas baseados nos “jogos de linguagem” (LYOTARD, 1998), é válido ressaltar que a perspectiva de filosofia da linguagem que subsidiará as análises do discurso governamental acerca das rupturas e continuidades no Sistema de Saúde da África do Sul Pós-apartheid é a bakhtiniana. Essa escolha não impedirá a descrição e a análise crítica de outras narrativas e correntes dos estudos de discurso sobre a relação entre sociedade e linguagem, entre discurso governamental e relações de poder e de produção e, por fim, da análise das ideologias que se manifestam ou são interdidas, reguladas no discurso político acerca da política de saúde na África do Sul, ou das implicações das diretrizes políticas e econômicas do ANC e de outros sobre o sistema de saúde.

Mikhail Bakhtin e seu Círculo têm merecido, nos últimos anos, grande atenção por parte de pesquisadores de diferentes ciências e áreas de conhecimento. Essa representatividade dos estudos bakhtinianos pode ser verificada pelas inúmeras traduções, ensaios e, especialmente, na circulação de noções, categorias, conceitos, oriundos da matriz bakhtiniana produzidos pelos pensadores do Círculo e seus intérpretes¹⁵. Esse arcabouço teórico-conceitual se manifesta em abordagens da linguagem e do discurso não apenas em áreas de conhecimento que tradicionalmente a tomam como objeto, a exemplo dos estudos linguísticos e literários. A linguagem vem sendo estudada, analisada, de maneira transdisciplinar, pela educação, filosofia, história, psicologia, antropologia, sociologia etc (BRAIT, 2013).

Os estudos advindos do que se denomina, hoje, pensamento bakhtiniano envolvem os trabalhos produzidos, ao longo de várias décadas, por Mikhail Bakhtin (1895-1975) e outros intelectuais russos: Valentin N. Volóchinov (1895-1936); Pável N. Medviédev (1891-1938); Matvei

¹⁵ Alguns conceitos centrais e mais utilizados por diferentes correntes dos estudos de discurso, como *polifonia*, *carnavalização*, *intertextualidade* e *interdiscursividade*, têm origem nos estudos de linguagem e de literatura bakhtinianos. Sobre isso, ver Fiorin (2007) e o trabalho do próprio Bakhtin (2012).

I. Kagan (1889-1937); Lev V. Pumpiánski (1891-1940); Ivan I. Sollertínski (1902-1944); M. Iúdina (1899-1970); K. Vágúinov (1899-1934); B. Zubákin (1894-1937). O conhecimento produzido em diálogo intelectual por esses cientistas/literatos, filólogos, filósofos/professores/artistas integra o que pesquisadores contemporâneos denominam, não sem polêmica, Círculo de Bakhtin. Se a abertura de arquivos e a profusão de trabalhos desses pensadores levam os estudiosos contemporâneos a ampliar as reflexões sobre a produtividade dos conhecimentos por eles construídos e, ainda, à tentativa de especificar a participação maior, menor, ou exclusiva de cada um deles em determinados estudos, é verdade inequívoca que a postura diferenciada em relação à linguagem – constantemente em polêmica com tendências de peso, caso do estruturalismo e do formalismo, por exemplo – fez história para além da Rússia.

Além da possibilidade de recuperar uma abordagem dialógica e “não manualesca” ou formalista da linguagem, Bakhtin é reconhecido como um pensador que traz grande contribuição aos estudos da análise de discurso. Pois, suas pesquisas, assim como as do Círculo, recuperam as dimensões: histórica, social e cultural da linguagem. As palavras seriam “signos” e esses signos são sociais, históricos e cenários e veículos da luta de classes (GREGOLIN, 2010).

Segundo Elisabeth Brait (2010), não se pode afirmar que Bakhtin tenha elaborado formalmente uma teoria e/ou análise do discurso, no sentido que é usualmente empregado, por exemplo, a Análise do Discurso Francesa. Assim como, não se pode negar que o pensamento bakhtiniano assume, na atualidade, uma das maiores contribuições para os estudos da linguagem, literários e de discurso. Sobretudo dos estudos de discursos que consideram as desigualdades de poder e entre as classes sociais como determinações fundamentais da história, da consciência e das práticas discursivas.

Por isso, mesmo tendo conhecimento de que Bakhtin, Voloshinov, Medvedev e outros membros do Círculo jamais tenham elaborado um conjunto de preceitos sistematicamente organizados para funcionar como uma perspectiva teórico-analítica fechada, é possível afirmar que o conjunto das obras do Círculo de Bakhtin fomentou a criação de uma análise/teoria dialógica do discurso ou uma teoria social do signo que atribui centralidade às relações de produção e a todas as formas políticas, ideológicas, discursivas e culturais em última instância determinadas pela relação entre as classes fundamentais e o papel do Estado, nesse processo de reprodução social e

discursiva da ordem burguesa. Essa perspectiva social/dialógica do discurso vem fundamentando estudos linguísticos e literários e, também, das ciências humanas e sociais de maneira geral.

Para Elisabeth Brait (2010), não se pode, mesmo que se queira, estabelecer uma definição fechada do que seria essa análise ou teoria dialógica do discurso. Pois esse fechamento significaria uma contradição às perspectivas teórico-conceituais e metodológicas que a postulam. Mesmo assim, é possível explicitar o seu embasamento constitutivo, que sob a abordagem bakhtiniana é a indissolúvel relação entre língua, linguagens, história, política, estrutura social e sujeitos que instaura os estudos da linguagem como lugares de produção de conhecimento de forma comprometida, socialmente orientada, e não apenas como teorias e metodologias dominantes em determinadas épocas e conjunturas. Dessa forma, esse embasamento constitutivo da perspectiva de Bakhtin e do Círculo, evidencia uma concepção de linguagem, de construção e produção de sentidos essencialmente fundamentados nas relações discursivas empreendidas por sujeitos social e historicamente situados. Sujeitos que ocupam “lugares discursivos”, afirma Alice Krieg-Planque (2011) e lugares nas relações de produção, como afirma o próprio Bakhtin (2012).

Partir da análise/teoria dialógica do discurso fundamentada na Filosofia do Círculo demanda compreender os estudos da linguagem como formulações em que o conhecimento e as práticas discursivas são concebidos, produzidos, circulam na sociedade e são recebidos por esta em contextos históricos, sociais e culturais específicos. Esses elementos, que estão para além da linguagem, assumem centralidade nas obras de Mihkail Bakhtin e são denominados pelo próprio autor como metalinguísticos.

Como aponta Paulo Bezerra (2008) no prefácio à segunda edição do livro *Problemas da Poética de Dostoiévski*, de autoria do próprio Bakhtin:

[...] no livro sobre Dostoiévski, a metalinguística já se esboça como método de análise do discurso e hipótese de uma futura síntese da filologia com a filosofia, que Bakhtin imaginava como uma disciplina humana nova e específica capaz de reunir em contiguidade a Linguística, a Filosofia, a Antropologia e a Teoria da Literatura.

A proposta de uma análise/teoria dialógica do discurso surge nesse mesmo livro no início do capítulo “O discurso em Dostoiévski”. Segundo o próprio Bakhtin (2008, p. 181):

Intitulamos este capítulo “O discurso em Dostoiévski” porque temos em vista o discurso, ou seja, a língua em sua integridade concreta e viva e não a língua como objeto específico da Linguística, obtido por meio de uma abstração absolutamente legítima e necessária de

alguns aspectos da vida concreta do discurso. Mas são justamente esses aspectos, abstraídos pela Linguística, os que têm importância primordial para os nossos fins. Por este motivo, as nossas análises subsequentes não são linguísticas no sentido rigoroso do termo. Podem ser situadas na Metalinguística, subentendendo-a como um estudo – ainda não constituído em disciplinas particulares definidas - daqueles aspectos da vida do discurso que ultrapassam, de modo absolutamente legítimo, os limites da Linguística. As pesquisas metalinguísticas, evidentemente, não podem ignorar a Linguística e devem aplicar os seus resultados. A Linguística e a Metalinguística estudam um mesmo fenômeno concreto, muito complexo e multifacético - o discurso, mas estudam sob diferentes aspectos e ângulos de visão. Devem completar-se mutuamente e não fundir-se. Na prática, os limites entre elas são violados com muita frequência.

Nessa mesma obra, Bakhtin apresenta uma concepção de Metalinguística que tem nas relações dialógicas o que ratifica, de diversas maneiras, a especificidade da abordagem bakhtiniana do discurso, ou seja, sua proposta de encontrar percursos teóricos, metodológicos e analíticos para analisar a articulação essencial do que existe de interno/externo na linguagem, a unidade entre linguagem, discurso e contexto sociohistórico, que para o autor é movido pelo embate entre as classes sociais:

As relações dialógicas são irredutíveis às relações lógicas ou às concreto-semânticas, que por si mesmas carecem de momento dialógico. Devem personificar-se na linguagem, tornar-se enunciados, converter-se em posições de diferentes sujeitos expressas na linguagem para que entre eles possam surgir relações dialógicas.
 [...] As relações dialógicas são absolutamente impossíveis sem relações lógicas e concreto-semânticas, mas são irredutíveis a estas e têm especificidade própria.
 Para se tornarem dialógicas, as relações lógicas e concreto-semânticas devem, como já dissemos, materializar-se, ou seja, devem passar a outro campo da existência, devem tornar-se discurso, ou seja, enunciado e ganhar autor, criador de dado enunciado cuja posição ele expressa (BAKHTIN, 2002, p. 184).

O grande salto nessa perspectiva dialógica de teoria do discurso é o reencontro, o retorno do sujeito nos estudos da linguagem, sua relação com a História, com seu lugar social, político e cultural e seu lugar na luta de classes, a partir do uso que os sujeitos fazem da linguagem:

O reprimido do estruturalismo, o sujeito, teve um regresso tanto mais ruidoso visto que se acreditou poder passar sem ele durante uma vintena de anos. Apanhado numa tensão constante entre divinização e dissolução, o sujeito experimentou não poucas dificuldades para reintegrar-se no campo do pensamento, dada a complexidade que lhe é própria, dividido entre autonomia do poder e as redes de dependência que o condicionam. Diante da falsa alternativa, por largo tempo apresentada como inelutável, entre sujeito onipotente e a morte do sujeito, toda uma corrente da reflexão contemporânea se desenvolveu em torno do paradigma da dialógica, do agir comunicacional, e pode representar um caminho

real de emancipação social, bem como um paradigma fecundo no domínio das ciências sociais (DOSSE, 1994, p. 493).

Entre as correntes teóricas que possibilitam o “regresso do sujeito” estão, sem dúvida, a Análise do Discurso Francesa e a teoria dialógica do discurso de Bakhtin e do Círculo, o qual chega ao Brasil, aos poucos e não como um bloco monolítico e unívoco¹⁶.

O elemento central da abordagem do “sujeito” em Bakhtin e no Círculo é a recusa das concepções transcendentais (como a de Immanuel Kant, por exemplo, para a qual haveria categorias de apreensão do mundo independentes da vida concreta a que os sujeitos se submetem), ou das perspectivas psicologizantes do sujeito, como as das teorias filosóficas existencialistas e outras, do sujeito cartesiano e que hiperdimensionam o indivíduo. Bakhtin e o Círculo discordam de que as categorias de percepção e/ou pensamento possam existir fora da situação social e histórica concreta dos sujeitos que percebem e/ou pensam ou que existam em sua consciência entendida como instância associal e a-histórica (SOBRAL, 2013). Não parece incoerente pensar que o Círculo também discordaria do individualismo metodológico do pensamento neoliberal e da chamada terceira via.

Ainda sobre a questão do sujeito, em *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (2012), Bakhtin se aproxima da construção de Vygotsky ao tratar a questão do “discurso interior”. Ele analisa as formulações teóricas do seu conterrâneo ao defender que a consciência depende da linguagem para se formar e se manifestar. Como a linguagem é social, cultural, histórica, a consciência não é uma construção que impõe suas categorias ao mundo. Pelo contrário, ela precisa desse mundo para se constituir, ao tempo em que o “constrói”. As experiências reais, as situações vividas por indivíduos, grupos e classes chegam à consciência individual por meio da linguagem, através do processo de interiorização do signo ideológico.

¹⁶ A “novidade” dos estudos da teoria social do signo, elaborados pelo Círculo de Bakhtin, no Brasil é tão grande, que somente em 2012 tivemos uma tradução direta do russo para o português de um livro tão importante como *O Método Formal nos Estudos Literários — Introdução Crítica a uma Poética Sociológica*, de autoria de Pavel Medviédev. Esta tradução foi realizada pela Professora Ekaterina Volkova Américo, da Universidade de São Paulo - USP.

Para Bakhtin (2012), a constituição da consciência e a construção do mundo pelas categorias da consciência são processos que se dão localizadas na sociedade e na história, ao invés da dimensão essencialista do humano, segundo o idealismo, uma vez que só é possível entender e explicar o mundo natural e social a partir de uma dada posição, o que não implica em negar a existência concreta do mundo, mas postular que a apreensão desse mundo é sempre situada social e historicamente.

Postular a existência de uma teoria/análise do discurso demanda uma reconstituição do percurso desse pensamento e dos seus aspectos centrais, como o de “sujeito” supracitado. Segundo Brait (2010), investigar esse percurso de teoria do discurso é também entrar em contato com as consequências que este vai provocando em termos dos estudos do discurso e da linguagem. Estes, centralizados na Linguística e na Teoria Literária, vêm expandindo espaço nas Ciências Sociais e Humanas.

A expansão dos estudos de discurso fundamentados em Bakhtin e no Círculo às áreas de conhecimento das humanidades talvez revele a continuidade do desejo de criação de uma Metalinguística entre os linguistas. Assim como, o interesse das ciências humanas e sociais sobre a teoria dialógica do discurso bakhtiniana aponta o reconhecimento das práticas discursivas na reprodução social e da linguagem e do discurso como ideologias em uso, que as fazem circular e se “oxigenarem”. Pois, como defendem Bakhtin (2012) e Medviédev (2012), as relações sociais e ideologias precisam de signos para existir e possuem dimensões discursivas, verbais ou não. Embora, como afirma Bakhtin (2012), os enunciados fazem parte das estruturas políticas e de poder, renovando os significados e sentido das palavras atreladas ao poder.

Embora os trabalhos sobre linguagem e discurso do primeiro Círculo de estudiosos bakhtinianos e do próprio Mikhail, datem dos anos 1920, os linguistas ocidentais só entraram em contato com esse pensamento no final da década de 1970. Vale ressaltar que a popularização da abordagem bakhtiniana, de inspiração marxista, ocorreu em um contexto em que os estudos literários, linguísticos e da cultura estavam substituindo o marxismo por abordagens feministas, pós-estruturalistas e pós-modernas e que as perspectivas de emancipação social do Ocidente abandonavam o marxismo enquanto perspectiva e horizonte societário (EAGLETON, 2011).

Mesmo assim, a popularização do trabalho de Bakhtin ocorreu por meio da obra *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (2012)¹⁷, cujo subtítulo tem uma significativa indicação da perspectiva do autor: *Problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*, antecipando a importância da linguagem nas perspectivas e pesquisas das ciências sociais e humanas.

Nesse mesmo livro, o autor desenvolve sua percepção da linguagem e da possibilidade de estudá-la considerando sua historicidade, os sujeitos sociais, que são sujeitos de discursos e a estrutura social em que estes sujeitos estão inseridos. Este prisma de análise do discurso provocou profundas transformações, a exemplo da ideia de signo ideológico. Na obra, Bakhtin defende a tese de que nenhuma ideologia pode aparecer fora dos signos e que nenhum signo está despido de ideologia. Dessa forma, um dos mais interessantes caminhos para estudar as ideologias e a consciência, que o autor chama de discurso interior, seria por meio da análise dos enunciados, considerando seus elementos metalinguísticos, o lugar de classe e poder dos sujeitos desses enunciados em questão.

Sem negar a contribuição de Ferdinand de Saussure aos estudos de linguagem, a abordagem bakhtiniana, presente em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, representou um salto qualitativo no sentido de analisar a linguagem não apenas em seus aspectos sistemáticos, abstratos, invariáveis, concreto-semânticos, estilísticos ou, por outro lado, no que de fato tem de individual e absolutamente variável e criativo, mas de observar a linguagem em uso como um processo social e histórico. A busca por um método sociológico de estudos da linguagem, como uma forma de conhecer o ser humano real, concreto, suas atividades, sua condição de sujeito social, e seu lugar na estrutura social e histórica e na cultura, pela linguagem, pelas linguagens (BRAIT, 2010; MIOTELLO, 2013).

Além disso, é preciso lembrar que o pensamento bakhtiniano demanda, assim como ocorre com as ciências humanas e sociais, o conhecimento dos interlocutores com quem esse pensamento dialoga (BRAIT, 2010; KRIEG-PLANQUE, 2011). No livro *Marxismo e Filosofia da Linguagem*,

¹⁷ Este livro que é considerado o mais importante da obra bakhtiniana, foi publicado originalmente em 1929 na Rússia Soviética em 1929. No Brasil, sua publicação ocorreu em 1977, sendo uma tradução da versão francesa do livro, feita pela filósofa, psicanalista e feminista búlgaro-francesa Julia Kristeva.

especialmente no capítulo *Duas orientações do pensamento filosófico linguístico*, o diálogo de Bakhtin é com o pensamento de Ferdinand de Saussure, autor pioneiro na constituição da linguística como ciência autônoma, e que considerava língua e linguagem como fatos sociais. Mesmo sendo crítico ao pensamento saussureano, Bakhtin não o nega ou marginaliza, ele dialoga com o autor e aponta suas discordâncias e rupturas em relação ao criador da linguística, enquanto ciência.

A abordagem do autor no livro *Problemas da Poética de Dostoiévski* (2008), revela outra característica da teoria social do discurso de Bakhtin: não aplicar conceitos herméticos e pré-definidos a um *corpus* para definir e analisar um discurso, mas analisar o *corpus* e os lugares sociais/discursivos dos sujeitos para permitir que os discursos revelem a sua forma de produzir sentidos, a partir do embate dialógico. Ao analisar a obra de Dostoiévski, Bakhtin não aplica um conceito pré-definido de polifonia, ele constrói o conceito a partir da forma como esse surge e se modifica na obra do autor.

Além disso, essas duas obras, que ilustram os aspectos nucleares do pensamento bakhtiniano, evidenciam que a análise dialógica do discurso desafia o pesquisador a se apropriar de várias ciências e áreas de conhecimento, a partir do reconhecimento do papel fundamental da linguagem na formação dos sujeitos sociais e na circulação e deslocamento de sentidos das ideologias (BRAIT, 2010; MIOTELLO, 2013).

Sobre a centralidade da linguagem na formação dos sujeitos, e da relação dialética entre linguagem e ideologia na reprodução das relações de desigualdade de classe e nas relações raciais na África do Sul, Judith Frances Head afirma (2010, p. 6):

A linguagem molda a nossa maneira de ver, compreender e interpretar o mundo social. Sob o *apartheid* esperava-se que as crianças negras aprendessem inglês e/ou *afrikaans*. Às crianças brancas não era exigido que soubessem qualquer uma das línguas africanas faladas nas áreas onde viviam. Os livros escolares que eram escritos em inglês e *afrikaans* glorificavam as façanhas dos invasores coloniais e os colonos (homens), e difamava ou ignoravam a resistência e as conquistas da maioria negra. Termos pejorativos eram usados nestes livros para descrever os negros sul-africanos. Eles eram chamados coletivamente de Bantus e, quando mencionados, descritos como atrasados, incivilizados e diferentes.

A questão da ideologia também foi profundamente abordada por Bakhtin e pelo Círculo. Mas, assim como se distinguiram das perspectivas hegemônicas sobre estudos de linguagem e

estudos literários, por suas perspectivas e ideias sobre a relação entre linguagem e ideologia, fundamentadas no pensamento marxista, os membros do Círculo também desenvolveram estudos sobre problemas que Marx e Engels não tematizaram em profundidade (BRANDIST, 2012; MIOTELLO, 2013). Um exemplo disso foi o esforço realizado pelo grupo de estudiosos para analisar a relação da infraestrutura com a superestrutura sobre o sistema de signos, a constituição do papel dos signos de linguagem, a problemática da formação da subjetividade e da consciência, entre outros (MIOTELLO, 2013). Os temas relacionados às interfaces entre ideologia e linguagem são amplamente discutidos na obra *Marxismo e Filosofia da Linguagem*¹⁸.

Bakhtin e o Círculo problematizaram que, até o começo do Século XX, a produção teórica de orientação marxista não havia situado o problema da investigação sobre ideologia e linguagem no seu devido lugar. Para estes intelectuais, os marxistas, até aquele momento, trataram o tema de maneira mecanicista e procuravam estabelecer uma causalidade linear/mecânica entre os processos de mudanças nas estruturas socioeconômicas e sua repercussão nas superestruturas ideológicas (BRAIT, 2013). Outro esforço significativo do grupo foi uma revisão crítica da perspectiva majoritária da relação entre linguagem e ideologia entre os estudiosos contemporâneos ao Círculo: linguistas, psicólogos, teóricos marxistas e de outras vertentes das ciências humanas e sociais. Esta perspectiva dominante colocava a ideologia ora na consciência, ora como um produto acabado, oriundo do mundo da natureza ou do transcendental (MEDVIÉDEV, 2012; MIOTELLO, 2013).

Para os intelectuais do Círculo, era necessário romper com essa tradição de análise da ideologia como uma construção subjetiva/interiorizada e desistoricizada, que a compreendia como uma ideia de lugar permanente/ estático na consciência de homens e mulheres. Como Bakhtin expressa em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, se as ideologias permanecerem estáticas nas mentes dos indivíduos e grupos, elas degeneram e acabam por falta de interação com novos signos e significados, oriundos do movimento do real.

Ainda para o autor, as ideologias teriam o mesmo fim, caso fossem entendidas segundo uma análise idealista, de fundo hegeliano, que as entendia como ideias já dadas, exteriores à dinâmica

¹⁸ Estas questões também são abordadas, de maneira menos sistemática, nas obras *Problemas da Poética de Dostoiévski*, também de autoria de Bakhtin, e em outros escritos do Círculo.

do real, com o qual apenas é possível se defrontar e que também se desenvolvem apenas no interior do indivíduo. Dessa forma, a análise da ideologia estaria fragilizada por não perceber como um processo social vivo e dialógico. Os intelectuais do Círculo, assim como Marx e Engels na *Ideologia Alemã* e Terry Eagleton em *Marxismo e Crítica Literária*, não entendiam “ideologia” como uma construção pronta e acabada ou que existe apenas nas consciências individuais de homens e mulheres.

Segundo Miotello (2011), Mikhail Bakhtin buscou desenvolver uma filosofia da linguagem de base marxista. Criticando ao mesmo tempo as duas orientações do pensamento linguístico dos seus contemporâneos: o subjetivismo idealista e o objetivismo abstrato.

Nesse esforço, em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, Bakhtin evidenciou a natureza ideológica do signo, que reflete e refrata a realidade social. Para Bakhtin, o signo tem um caráter dialético, pois nele se confrontam significados de valor contraditório. Os signos são uma “arena onde se desenvolve a luta de classes”, dizia. Sobre a consciência, Bakhtin defende que a sua constituição é social e não individual, uma vez que é constituída pelos discursos e que estes são veículos das ideologias.

Essa construção social do signo foi evidenciada por Pereira (2013), ao abordar as diferentes perspectivas de democracia na África do Sul pós-*apartheid*. Para a autora, enquanto os brancos significam democracia como o respeito e preservação dos direitos humanos e individuais, os negros a significam como justiça social e política e diminuição da dívida social. Da mesma forma que uma perspectiva de democracia que reflete e refrata a perspectiva de uma classe social e suas frações se tornou hegemônica na África do Sul, a perspectiva de saúde, presente na Constituição de 1996, como será visto, representa um retrocesso no tocante ao projeto de sociedade cristalizado nos enunciados da *Freedom Charter*, mas representa um avanço em relação à legislação e todo o discurso político produzido e reproduzido durante o período colonial (1652-1910), no período da União Africana (1910-1948) e radicalizados durante o *apartheid* (1948-1994).

Parece óbvio que a melhor forma de analisar essas distinções sobre o signo “democracia” na sociedade sul-africana é por meio da histórica estrutura de segregação racial e de classe viabilizada pelas instituições do Estado, do mercado e da sociedade civil, fundamentadas em ideologias como a da Doutrina Social da Igreja Calvinista Holandesa, o sistema colonial inglês

fundado na máxima “segregar para governar”, e o “desenvolvimento separado” do capitalismo racial do *apartheid*. Sem ignorar os sujeitos e coalizões que constituíram essa formação social marcada pela ultra exploração dos homens e mulheres negros e pelo empoderamento econômico e político da classe trabalhadora branca, sobretudo dos brancos da comunidade africâner.

Esse sistema de segregação racial e de classe foi uma forma muito particular de intercâmbio material e simbólico em que ideologias sobre raça, ordem social e religião foram mobilizadas para tornar em ideologia oficial as ideologias particulares dos grupos étnicos que detinham o poder político e a propriedade dos meios de produção (ARENDDT, 2012; DAVIE, 2015; DUBOW, 2014; FEINSTEN, 2005; TERREBLANCHE, 2005). Além de estar internacionalmente relacionado à preservação e/ou expansão dos interesses dos países capitalistas centrais na África Austral e na contenção dos avanços das ideologias e regimes de inspiração pan-africanistas e socialistas na região. Por isso, pode-se afirmar que os regimes racistas da África Austral foram as principais formas de preservação do capitalismo na região mais rica da África, assim como do aprofundamento das relações capitalistas nesta região (CHINWEIZU, 2011; TERREBLANCHE, 2005). Dessa forma, entender as diferenças que o signo “democracia” assume para negros e brancos na África do Sul contemporânea, demanda analisar os “lugares discursivos”, as condições objetivas de produção dos discursos como lugares de classes e de raça social, além de historicamente construídos.

Para os intelectuais do Círculo, a questão da ideologia manifesta na linguagem só assume significado real quando relacionada a outras discussões de natureza filosófica e social, que são abordadas por eles de maneira histórica e dialética, como a questão da constituição e circulação dos signos (SOBRAL, 2013), diferente da quase estática construção de sinais, principal foco dos linguistas da União Soviética no período (EAGLETON, 2012; MEDVIÉDEV, 2012) e da análise formal das estruturas da língua desenvolvida nas escolas ocidentais (FIORIN, 2007).

O próprio Bakhtin sinaliza que sua construção dialética não se coaduna com a “dialética da mediocridade”. Por isso, constrói sua análise da ideologia no movimento do real, se delineando entre instabilidade e estabilidade e não na estabilização e/ou fatalismo, oriundo da aceitação da primazia do sistema e da estrutura. Ele elabora o conceito de ideologia atento à concretude do processo, e não na perspectiva idealista ou mecanicista. Diante disso, os intelectuais do Círculo

partem do que era aceito e legitimado pelo marxismo, o entendimento da ideologia como “falsa consciência”, entendida como ocultamento/mistificação da realidade social e das contradições da sociabilidade do capital e da existência de classes sociais, promovidas pelas classes dominantes e aplicada ao exercício legitimador do poder político do Estado e organizador de sua ação de dominar e manter a ordem social (MIOTELLO, 2013). A concepção negativa de ideologia, ideologia como falsa consciência (EAGLETON, 1997; FIORIN, 2007). Entretanto, Bakhtin e os demais membros do Círculo não concordam inteiramente com esta concepção negativa de ideologia, colocando ao lado da ideologia dominante a ideologia do cotidiano, produzida e utilizada por outras classes e grupos.

A “ideologia oficial” é compreendida pelo Círculo como relativamente dominante e que objetiva legitimar e materializar uma concepção única de mundo. Já a “ideologia do cotidiano” é aquela que se origina e é constantemente construída no cotidiano, nas práticas sociais casuais, no lugar de surgimento dos sistemas de referência, mas em constante relação de tensão e reconfiguração frente às condições de produção e reprodução da vida (MIOTELLO, 2013).

No livro *A Ideologia Alemã* (2012), Marx e Engels referem que o momento do surgimento da ideologia é o em que ocorre a divisão social do trabalho, separando trabalho manual e intelectual, o que ocorre pela existência de excedentes na produção capaz de manter vivos uma classe que não vive do resultado do seu trabalho, mas da apropriação do resultado do trabalho dos outros.

No conflito entre estes conjuntos ideológicos antagônicos: a ideologia oficial e a do cotidiano, uma vez que classes e grupos específicos formulam e estabelecem sistemas de atribuição de ordem ao mundo, Bakhtin e o Círculo estabeleceram uma relação dialética entre os dois conjuntos ideológicos a partir da realidade concreta. Em um pólo, a ideologia oficial, como estrutura ou conteúdo, relativamente estável; em outro pólo, a ideologia do cotidiano, como processo relativamente instável. Os dois pólos formam o contexto completo e único, em relação recíproca e dialógica, mediados pelo processo de produção e reprodução social. A perspectiva Bakhtiniana de ideologia se encontra caracterizada no livro *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. Mas na obra do Círculo, a ideologia só foi conceituada uma vez, em um trabalho de Voloshinov, o ensaio: *Que é linguagem*, escrito em 1930. “Por ideologia entendemos todo o conjunto dos reflexos

e das interpretações da realidade social e natural que tem lugar no cérebro do homem e se expressa por meio de palavras [...] ou de outras formas sígnicas” (VOLOSHINOV, 1998, p. 107).

Essa “escassez” de conceituações e definições de ideologia é coerente à perspectiva teórica aberta que caracteriza Bakhtin e o Círculo. Mas, a partir da obra do Círculo, é possível afirmar que não se pode identificar mecanicamente ideologia como falsa consciência, ou uma criação essencialmente individual. A ideologia é entendida pelos bakhtinianos como uma tomada de posição que expressa uma interpretação de indivíduos, grupos e classes a partir das relações sociais e dos lugares que estes sujeitos ocupam nas relações de produção e de poder.

Não dá para aceitar que a desigualdade seja natural, por exemplo, como defenderia a ideologia em uma sociedade capitalista, afirmando que uns nascem mais inteligentes que outros, ou mesmo mais espertos; tal ideologia dominante também defenderia que o capital é fruto do trabalho, e apagaria o fato de que é fruto do trabalho dos outros. Até mesmo a ciência seria invocada para afirmar que há raças inferiores e raças superiores. A difusão dessas concepções trouxe grandes prejuízos para a constituição do humano, do homem (MIOTELLO, 2013, p. 169-170).

A concepção de Bakhtin e do Círculo acerca da ideologia, construída no movimento entre ideias relativamente estáveis (ideologia oficial, das classes e grupos dominantes) e ideias relativamente instáveis (ideologia do cotidiano e das classes e grupos explorados) também se expressa na concepção bakhtiniana de signo. Na crítica às concepções hegemônicas sobre ideologia e para invertê-la, esses intelectuais russos, mesmo sob forte repressão do regime soviético, elaboraram uma densa estrutura teórica, relacionando ideologia aos estudos da linguagem, a partir da teoria crítica.

Em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, Bakhtin afirma que os objetos materiais do mundo, produzidos e/ou utilizados pelos homens, recebem função no conjunto da vida social, oriundos de um grupo social organizado, no decorrer de suas relações sociais, e passam a significar mais do que suas próprias particularidades materiais. Embora não entenda ideologia como falsa consciência, muito do que Bakhtin entende sobre o “signo ideológico” se assemelha ao exposto por Marx e Engels em *A Ideologia Alemã* (2012).

O conjunto de signos compartilhados por um grupo social forma o que Bakhtin denominou de universo de signos ou universo sígnico. E todo signo, além de sua dupla materialidade nos

sentidos físico-materiais e sócio-históricos, ainda recebe um “ponto de vista”, pois representa a realidade a partir de um lugar social, um lugar valorativo, revelando-a como verdadeira ou falsa, positiva ou negativa, o que implica na coincidência entre signo e ideologia. Dessa forma, todo signo é ideológico, pois até esse “ponto de vista”, esse lugar valorativo, e o contexto em que ocorre são sempre determinados sócio-historicamente. E seu lugar de constituição e de materialização é na comunicação incessante e necessária à reprodução social que se dá nos e entre os grupos organizados ao redor das esferas da atividade humana. E o campo privilegiado de comunicação contínua entre os grupos e classes sociais se dá na interação verbal. Isso faz da linguagem o espaço mais completo de materialização das ideologias. O fenômeno ideológico, a representação individual e determinada sócio-historicamente do mundo encontra seu melhor veículo nas palavras, pois não precisa de outros instrumentos para existir a não ser um ser humano na presença de outro humano (MEDVIÉDEV, 2012).

Em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, Bakhtin assume a constituição da ideologia tendo como ponto de partida a comunicação da vida cotidiana, que o autor considera central ao processo de reprodução social. Para o autor, a comunicação cotidiana tem um vínculo tão direto com os processos de produção material da vida, no lugar da infraestrutura, quanto com diversas “ideologias especializadas” e formalizadas, na superestrutura, que o autor entendia como sistema de referência em intercâmbio contínuo com a sociedade. Para a perspectiva bakhtiniana, as ideologias oficiais e do cotidiano estão em contínua troca, formando uma unidade dialógica, que, por sua vez, estabelece trocas contínuas com a sociedade em que ocorre. Então, embora representem a visão de uma classe, estas ideologias também condensam conflitos e elementos discursivos oriundos da luta social ou do universo sócio-cultural de outras classes sociais.

Embora as comunicações do dia-a-dia, que majoritariamente fazem parte da ideologia do cotidiano, não sejam o objeto desta pesquisa de doutorado, vale ressaltar o valor que essas assumem no prisma bakhtiniano. Para o autor, essas interações verbais casuais e fortuitas, que aparentemente não guardam nenhuma relação com a ideologia oficial, com as relações de produção e distribuição da riqueza e dos bens socialmente produzidos, são espaços fundamentais para que a ideologia encontre solo propício para sua interiorização.

Nesse ponto, cabe questionar: será que as ideologias do cotidiano incidiram significativamente na transformação do sistema de saúde da África do Sul Pós-*apartheid*? Afirmar a hegemonia da ideologia oficial nesses processos não significa que ela tenha sido a única. Levantar este tipo de questão no marco teórico-metodológico deste estudo é fundamental, já que mesmo sem uma experiência de um movimento como o da reforma sanitária, que estruturou uma agenda de transformação para o Sistema Nacional de Saúde do Brasil, a África do Sul, desde o fim do *apartheid* e, especialmente, durante os governos de Thabo Mbeki e Jacob Zuma, como apontam Colin Bundy (2014) e Sampie Terreblanche (2012), foi cenário de milhares de protestos em torno da provisão de serviços sociais.

Esse entendimento bakhtiniano de ideologia como “movimento” foi utilizado nessa pesquisa. Portanto, mesmo tomando como objeto de estudo o discurso político sobre o processo de implementação do sistema de saúde da África do Sul pós-*apartheid*, formulado pelo corpo técnico e político de sucessivos governos do ANC, parte-se do entendimento de que mesmo o discurso da forma política burguesa, o Estado, é constrangido por ideologias contra-hegemônicas, e estes conflitos e/ou dissensos podem se expressar nas mudanças e transformações dos discursos políticos. Dessa forma, não se utilizará de uma causalidade ou uma reflexividade mecânica das formas econômicas sobre as formas políticas para analisar o discurso político sobre saúde na África do Sul contemporânea, já que, mesmo sendo um enunciado do Estado, ele é constrangido por interesses e coalizões de sujeitos supra-estatais e da ação de frações internacionais do capital¹⁹.

O que se espera, coadunando-se com o pensamento filosófico do Círculo e da teoria social crítica sobre discurso e Estado, é evidenciar como as relações sociais e ideologias moldam e são moldadas pelas práticas discursivas; que os sistemas de signos linguísticos manifestos pelo Estado podem ser utilizados para subalternizar ou emancipar classes e grupos, e que os significados dos discursos são construídos no processo de intercâmbio material e simbólico, que Marx e Engels (2012) denominam *vehker*.

¹⁹ As semelhanças e diferenças entre as formas de inserção dos países latino-americanos e africanos no capitalismo financeiro é abordada por Mamadou Camara e Pierre Salama no ensaio *A inserção diferenciada – com efeitos paradoxais – dos países em desenvolvimento na mundialização financeira* (2005).

2.4 ANÁLISE CRÍTICA DE DISCURSO: TRANSDISCIPLINA E RECURSO DE ANÁLISE POLÍTICA

Enquanto a definição Análise de Discurso é utilizada frequentemente pelas ciências sociais e humanas como um método de análise de discurso, nesse estudo, compreende-se a análise de discurso crítica como um dos desdobramentos práticos dos Estudos Críticos de Discurso²⁰. De imediato, defende-se aqui que a Análise de Discurso não pode ser reduzida a um método:

Não existe esse tipo de método. Os Estudos Críticos de Discurso usam qualquer método que seja relevante para os objetivos dos seus projetos de pesquisa e tais métodos são, em grande parte, aqueles utilizados em estudos de discurso em geral. De fato, e pela mesma razão, também a análise do discurso em si não é um método; antes, constitui um domínio de práticas acadêmicas, uma transdisciplina distribuída por todas as ciências humanas e sociais. Pela mesma razão, prefiro usar o rótulo *Discourse Studies (DS)*, ou seja, Estudos do Discurso (ED) para essa disciplina (VAN DIKJ, 2010, p. 37).

Como no Brasil e na América Latina o termo Análise Crítica de Discurso se popularizou como igual ao conceito de Estudos de Discurso, aqui se utiliza o mesmo como sinônimo de Estudos Críticos de Discurso. Mas defende-se que a AD crítica é muito mais do que uma metodologia, como evidenciam Resende e Ramalho (2011).

A noção de ciência crítica dos Estudos Críticos de Discurso (ECD) da corrente inglesa é sintetizada por Teun Van Dikj (2010). Para o autor, é preciso tornar explícita a noção de “crítico”. Ele, assim como, Hirsch (2010) entende que investigar as questões ou problemas sociais é uma tarefa normal das ciências sociais, mas esses estudos tradicionais não são inerentemente “críticos”. Em outras palavras, há nos ECD um aspecto ético-político envolvido, uma perspectiva, uma atitude, uma maneira especial de fazer pesquisas sociais relevantes. Não é fácil definir as propriedades precisas dessa perspectiva ou atitude crítica, e o que segue não é nem totalmente explícito, nem exaustivo.

²⁰ Sobre os estudos críticos de discurso, ver o capítulo de Lupicinio Iñiguez (2004) intitulado: *A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas* e os trabalhos de Rosalind Gill (2011) e Teun A. Van Dikj (2008, 2010, 2012).

Os Estudos de Discurso podem ser definidos como “críticos” se satisfazem um ou vários dos seguintes critérios, em que “dominação” significa “abuso de poder social por um grupo ou classe social”, relação raramente explícita, ou bem mais complexa do que a sua fenomenalidade, como aparenta ser a exploração de classe/raça que se (re)produz na África do Sul, geralmente abordada como um problema econômico ou racial, poucas vezes enfatizando a consubstancialidade entre raça, classe e gênero. Os critérios sugeridos pelo pesquisador holandês são:

- Relações de dominação são estudadas principalmente da perspectiva do grupo dominado e do seu interesse.
- As experiências dos (membros de) grupos dominados são também usadas como evidências para avaliar o discurso dominante.
- Pode ser mostrado que ações discursivas do grupo dominante são ilegítimas.
- Podem ser formuladas alternativas viáveis aos discursos dominantes que são compatíveis com os interesses dos grupos dominados (VAN DIJK, 2010, p. 15).

Em suma, conforme a perspectiva crítica compartilhada pela teoria materialista do Estado e pelos estudos críticos do discurso, o Estado não se reduz a uma soma das instituições públicas, como aponta a ciência social positivista, ou um comitê executivo da burguesia, como defendem abordagens marxistas vulgares/mecanicistas (FIORIN, 2007; HIRSCH, 2010; VAN DIJK, 2010).

Os estudos críticos de discurso ou Análise de Discurso Crítica são, portanto, tipos de investigação analítica-discursiva, transdisciplinar, que estudam principalmente o modo como o abuso de poder, a dominação e a desigualdade são representados, reproduzidos e combatidos por discursos verbais e não-verbais situados em estruturas sociais e políticas (FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010). “Com essa investigação de natureza tão dissidente, os analistas críticos do discurso adotam um posicionamento explícito e, assim, objetivam compreender, desvelar e, em última instância, opor-se à desigualdade social” (VAN DIJK, 2010, p. 113).

Como os discursos são práticas sociais que não apenas representam, mas que incidem dialeticamente na realidade que os produziu, sendo “um agir sobre a realidade” (BAKHTIN, 2012; FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008; GRACIA, 2004; MEDVIÉDEV, 2012; RESENDE & RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010), analisar os discursos políticos representa uma possibilidade de análise das políticas sociais, apontando as assimetrias nas relações de poder e os conflitos entre classes e grupos que permeiam

os processos políticos e a burocracia do Estado e se expressam nos “signos em uso” nos processos políticos do Governo, do Estado e/ou do sistema político, e que formam o discurso político .

Nessa pesquisa, a compreensão de discurso político é ampliada, e foi adotada com base em Teun Van Dikj (2010) e Alice Krieg-Planque (2011). Dessa forma, o discurso político é todo aquele pronunciado por indivíduos ou grupos cujo objetivo é influenciar/analisar processos políticos nas organizações do Estado ou em formas alternativas de organização política. O foco não é a descrição do funcionamento do sistema político, como propõe a teoria dos sistemas ou a estrutura de análise do “ciclo de vida” da política pública ou da análise institucional, mas identificar e interpretar criticamente as relações de poder que se manifestam nos discursos sobre questões políticas cristalizadas nos discursos de Estados, governos e/ou grupos políticos.

Van Dikj (2010) ainda defende, de acordo com os estudos críticos de discurso da corrente inglesa, que as práticas discursivas, o uso da linguagem e a interação verbal pertencem ao nível micro da ordem social, enquanto o poder, a dominação e a desigualdade entre grupos sociais são processos que pertencem a um macronível da ordem social, perspectiva compartilhada por Fairclough (2008) e Fiorin (2007). O que significa que a Análise Crítica do Discurso precisa estabelecer “pontes teóricas” que superem as distâncias entre os enfoques micro e macrossociais, o que, evidentemente, é uma distinção inerente aos processos, mas sociologicamente construída. Existem diversas maneiras de relacionar e analisar esses níveis, objetivando uma unidade na análise crítica (VAN DIKJ, 2010). Parece que a busca do significado político e da direção social dos enunciados políticos, tão presente na corrente da chamada análise de discurso inglesa, tenta concretizar a meta bakhtiniana da elaboração de uma análise metalinguística.

Nesse estudo, a ponte teórica escolhida é a análise das formações ideológicas e das fórmulas discursivas manifestas nas práticas discursivas governamentais do ANC sobre o sistema nacional de saúde da África do Sul democrática e as condições sociohistóricas de produção e circulação desses discursos. Mas como o discurso político passa por uma série de interdições e regulações até tornar-se discurso público, além das ideologias presentes no discurso público de governo, materializado em suas políticas, programas e projetos, a análise de discurso política precisa analisar o conteúdo não-manifesto, os silêncios, as ausências, as rupturas no discurso político (CHARAUDEAU, 2011).

Um exemplo que ilustra essa situação, é que durante a transição do *apartheid* à democracia racial, o discurso político do ANC, o partido de libertação nacional, negava muitos dos elementos apresentados em sua *Freedom Charter* “Carta da Liberdade”, de 26 de junho de 1955, de conteúdo socialista, ocupando um “não lugar” no discurso político do ANC quando o partido assumiu o governo nacional e da maioria das nove províncias (TERREBLANCHE, 2005). Como será visto ao longo do capítulo 2, com o desmonte do capitalismo racial do *apartheid*, e a eleição de Mandela, em 1994, as propostas do ANC com relação a reformas socializadoras da riqueza e da política foram marginalizadas. Estas foram, majoritariamente substituídas por promessas de eleições livres que, como analisam Hirsch (2010) e Ellen Wood (2006), só evidenciam o quanto é limitada a substância democrática do Estado capitalista, além de promessas de desracialização progressiva do Estado e do mercado, que estavam fortemente orientados para empoderar econômica e politicamente os homens e mulheres que atendiam aos requisitos de branquitude instituídos pelo regime, sobretudo a comunidade africâner e, por fim, pela construção de um discurso apologético sobre a função social do neoliberalismo em promover as mais eficientes formas de regulação social e de intervenção nas refrações da questão social.

Na atualidade, o assunto reformas estruturais é tabu entre a maioria dos militantes e lideranças do partido, embora o conteúdo da *Freedom Charter* ainda seja uma Plataforma Política presente no site oficial do ANC²¹, que lidera o país há mais de duas décadas. Mas a nacionalização das terras e da riqueza socialmente produzida parece ressurgir de maneira bélica no discurso de políticos como Julius Malema²². Até as propostas de conteúdo welfarista liberal, presentes no *Reconstruction and Development Programme* – RDP, o Programa de Reconstrução e

²¹ O conteúdo integral da carta encontra-se disponível em <http://www.anc.org.za/show.php?id=72>. Esse é o site oficial do ANC, o acesso foi realizado dia 03/03/14.

²² Julius Malema é o antigo líder da juventude do ANC e chegou a ser considerado como o sucessor de Jacob Zuma na presidência do país. Ele foi expulso do ANC em abril de 2012 e fundou o movimento político *Economic Freedom Fighters*, que se tornou partido político, em 2013. Malema se envolveu em vários acontecimentos controversos: em 2010, cantou “shoot the boer”, que pode ser traduzida como “atirem nos fazendeiros brancos”. Ele vem defendendo a nacionalização das terras e do setor minerador sem ressarcimento aos proprietários brancos. A essa questão, ele responde: *Why should we pay for our land?* (Por que temos de pagar por nossa terra?) (PEREIRA, 2012).

Desenvolvimento, de 1994, parecem ter sido abandonadas diante do programa de reforma neoliberal ultra ortodoxo, o GEAR – *Growth, Employment and Redistribution* (BUTLER, 2004; DAVIE, 2015; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

No caso da política nacional de saúde, mesmo o país tendo uma das maiores infraestruturas de serviços de saúde do mundo (VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012), o sistema de saúde pós-*apartheid* segue o “modelo colonial” (BULARD, 2010), apresentando a universalidade oficialmente restrita à atenção primária, fragmentação e insuficiências dos níveis superiores de atenção à saúde e, por fim, a preservação do nicho do mercado na provisão de serviços para os que podem pagar (DENNILL, 2014; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012).

É válido ressaltar que, assim como ocorreu no Brasil durante os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), o ANC, sobretudo a partir do primeiro mandato de Jacob Zuma, expandiu os programas de transferência de renda e medidas de assistência, que hoje chegam a mais de um quarto da população. Dessa forma, 16,9 milhões dos cerca de 54 milhões de sul-africanos recebem *social grants*, rompendo com a ortodoxia neoliberal de Nelson Mandela e Thabo Mbeki na área social, mas preservando as políticas econômicas neoliberais do GEAR e o espaço do mercado nos serviços de saúde, educação, serviços básicos e previdência social. Da mesma forma, que no Brasil e em outros países emergentes, a expansão dos programas de transferência de renda não significou uma ruptura com a contrarreforma do Estado e nem com a mercantilização das políticas sociais.

Essa digressão não foi acidental. Ela serve para evidenciar que nos últimos 20 anos na África do Sul, as agendas sociais migraram de perspectivas reformistas e tentativas de criação de um sistema de bem-estar social para todos os sul-africanos, socializando para todas raças e classes o mesmo alto padrão de Estado providência antes garantido somente aos brancos, para a adoção de políticas neoliberais, que aumentaram as desigualdades entre os grupos étnico-raciais e dentro destes (DAVIE, 2015; GUMEDE, 2015; PATEL, 2013). Porém, mesmo com a supremacia neoliberal, as políticas e programas sociais continuaram a ser colonizadas por “palavras carregadas de ideologia” (CHESNAIS, 1996) como: “universalização”, “bem-estar”, “saúde para todos”, “participação da comunidade”, “democracia”, “igualdade”, “equidade” entre outros, mas o significado dessas foi se alterando no discurso político, por meio das transformações nas relações de poder entre Estado, capital e as classes e grupos subalternizados.

Segundo Florence Carboni e Mario Maestri (2012), a construção de uma sociedade de classes ocasiona a criação de uma linguagem de classe, sobretudo na sua forma escrita. A linguagem é utilizada para o domínio social de classes e grupos dominantes sobre classes e grupos subalternizados. Em decorrência disso, algumas palavras-chave são literalmente abençoadas e legitimadas, enquanto outras, ao contrário, são literalmente excluídas ou significadas de maneira negativa, constituindo seu uso sinal de desatualização, radicalismo, sectarismo.

Para os autores, no presente período histórico, na imprensa brasileira e mundial, algumas palavras abençoadas são: austeridade, cidadania, eficiência, empreendedor, empresário, estabilidade, globalização, governabilidade, iniciativa privada, lucratividade, marca, paz, privado, privatização, propriedade, reforma, flexibilidade, mercado, consumidor, organização não-governamental. No grupo das “palavras malditas”, eles identificam: alienação, burguês, comunismo, consciência, estatização, exploração, expropriação, imperialismo, internacionalismo, nacionalismo, nacionalização, opressão, patrão, planejamento, proletariado, resistência, revolução, socialismo, classes sociais, reforma agrária e luta de classes.

Hayek, no clássico do pensamento neoliberal *O Caminho da Servidão* (2013), defendia a ideia de que um Estado liberal poderia ofertar uma ampla rede de serviços sociais, mas que a direção social dessa não poderia questionar o papel do livre mercado. Nesse sentido, o trabalho de Dardot e Laval (2016), de base foucaultiana, evidencia que para uma parcela significativa dos intelectuais neoliberais, sobretudo os da corrente ordoneoliberal, o Estado tinha um dever vital de intervenção sobre as refrações da questão social, não para emancipar politicamente as classes que viviam do trabalho e os grupos subalternizados pela ordem moral do capital, mas para recondicioná-los para participar de uma sociedade orientada à acumulação de capital e a constituição do *homo economicus*, subjetivando a ordem do discurso do capital. Em outras palavras, a busca por igualdade e equidade não deveria colocar em risco a acumulação de capital e poderia co-existir em uma sociedade neoliberal que reconhecesse que a regulação do Estado era fundamental à produção e adaptação das melhores condições ao processo de valorização do capital, negando a “mitologia” sobre as leis naturais e auto-reguláveis do livre mercado.

Dessa forma, segundo uma perspectiva de análise de discurso crítica de base bakhtiniana, mais importante do que identificar a frequência com que essas palavras carregadas de conteúdo

ideológico e consideradas “palavras malditas” surgem nos discursos políticos e na linguagem de Estado, como fazem os analistas de conteúdo e algumas correntes da análise de discurso, é necessário analisar as relações de poder que se manifestam nesses discursos e o seu contexto histórico-material de produção e circulação. Neste sentido, algumas questões parecem ser fundamentais a essa pesquisa: Qual a direção social assumida pelo Sistema de Saúde da África do Sul pós-*apartheid*? Tendo em vista o papel histórico do sistema de saúde na África do Sul, de refletir e reproduzir as desigualdades sociais em saúde, que relações sociais condicionam o processo de reforma da saúde na África do Sul? Nesse sentido, a História social e política da África do Sul auxiliará bem mais do que qualquer quantificação ou representação social manifesta nos *corpora* de pesquisa. O que não diminui o rigor e o cuidado na construção das análises de discurso. Esse é o caminho necessário que um analista de discurso crítico precisa fazer para ser um “interpretante razoável” (KRIEG-PLANQUE, 2011).

Análises contemporâneas como as de David Harvey (2008), Patrick Bond (2010), Sampie Terreblanche (2005, 2012) e Gillian Hart (2013) situam o neoliberalismo como uma estratégia de restauração de poder de classe do capital sobre o trabalho, o que não significa uma retirada do Estado na reprodução da classe trabalhadora. Estes intelectuais também apontam que no caso sul-africano, a adesão ao receituário neoliberal representou a transformação no discurso e nas práticas políticas do ANC em direção às demandas do capital, representado por homens branco e pela nova elite política negra, também majoritariamente formada por homens, só que negros e urbanos, em detrimento das necessidades da vasta maioria dos eleitores do ANC, que fazem parte dos setores mais pauperizados da classe trabalhadora, sobretudo da classe trabalhadora negra.

Mas tão diverso como o discurso neoliberal, são os resultados de suas experiências. Em alguns países em que o neoliberalismo e os programas de ajuste estrutural foram implantados e as relações democráticas foram suprimidas, o Estado social chegou a crescer, do qual o Chile de Pinochet é um exemplo (ESPING-ANDERSEN, 1995; PEREIRA, 2011). Resta saber qual a direção ideológica e política da expansão das reformas dos serviços sociais verificada na África do Sul, especialmente observáveis na provisão de programas de renda mínima e na expansão do acesso a serviços primários de saúde.

Depreende-se que o(s) significado(s) sociopolítico(s) das reformas e contrarreformas, dos projetos de Estado em conflito, nem sempre se encontra(m) de maneira explícita e/ou unilateral manifesto(s) no conteúdo dos documentos oficiais, nos sinais presentes nesses documentos. Patrick Charaudeau (2011), Luiza Martin Rojo (2004) e Teun A. Van Dikj (2010) defendem que, em alguns casos de análise de discurso político, a ausência de alguns conteúdos é profundamente explicativa sobre a direção política e ideológica do objeto de estudo. Para os autores, a percepção e a problematização sobre essas “palavras que faltam” no *corpus*, informam sobre a perspectiva sociopolítica do sujeito, do enunciador desse discurso. O significado dos signos e dos silêncios no discurso político residem nas relações de poder²³, as determinações extralinguísticas do discurso.

Essas relações de poder, relações entre as classes e o processo de produção material das relações sociais é o que Mikhail Bakhtin (2012) e Pável Medviédev (2012) consideram o “referente do discurso”, que, segundo os autores, assume uma determinação bem maior sobre o significado do que o significante, enquanto articulador individual de enunciados. Dessa forma, a análise de discurso bakhtiniana não pode ser confundida com as correntes fenomenológicas, psicanalíticas e pragmáticas dos estudos de discurso.

Esta pesquisa não se deteve à fenomenalidade e à descrição do objeto de estudo, os discursos políticos sobre a institucionalização do sistema de saúde da África do Sul democrática, como um fato social, esforço que seria legítimo, caso se partisse de um referencial de estudos de discurso de fundo saussueriano ou de uma abordagem sociológica positivista. Foram realizados processos de abstração necessários à identificação e entendimento da problemática em sua origem, suas relações com a estrutura e transformações societárias, dinâmica e historicidade das relações de poder existentes e suas implicações nos discursos políticos em análise. Entende-se, portanto, que o esforço intelectual se deu no intuito de construir um conhecimento profundo e crítico acerca objeto investigado.

²³ Segundo Alice Krieg-Planque (2011), no momento em que os cantões da Suíça francófona tomavam medidas políticas para conter a “superpopulação” de imigrantes em seus territórios, a ausência de debate sobre um desejo político de purificação étnica se inscreve num contexto continental em que a Europa vivenciava campos de extermínio e limpeza étnica na Bósnia no início dos anos 1990, e em que números reais sobre a população estrangeira e da contribuição desta na riqueza nacional não eram frequentes.

Em função do objeto deste estudo, a natureza da pesquisa é evidentemente qualitativa. Pois, esta modalidade de pesquisa privilegia as vivências, os discursos e as práticas sociais dos sujeitos sociais, o que não significa que ela se reduza, apenas, à descrição minuciosa das ações e/ou de fenômenos sociais observáveis. Sendo assim, pode-se afirmar que o objeto da pesquisa qualitativa é a ação interpretada, pelos pesquisadores e também pelos sujeitos da pesquisa. Dessa particularidade da pesquisa qualitativa advém a importância da linguagem e das conceituações que devem responder tanto ao objeto “vivido”, como ao objeto “analisado” (DESLAURIERS & KÉRISIT, 2010).

2.5 CONCEITOS E ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DO *CORPUS* ATRAVÉS DA ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA (ADC)

Na atualidade, diversos intelectuais, das mais variadas disciplinas e áreas de conhecimento das ciências humanas e sociais, reconhecem os modos como as mudanças discursivas e o uso das linguagens estão relacionados a processos sociais, culturais e políticos (FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; GILL, 2011; IÑIGUEZ, 2004; KRIEG-PLANQUE, 2011; RESENDE & RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010).

O chamado giro linguístico²⁴, iniciado na década de 1960, não representou apenas a mudança para a centralidade da análise da linguagem como método e objeto das ciências humanas, mas uma verdadeira transição da filosofia idealista para a filosofia analítica na produção de conhecimentos científicos em diversos campos do saber e disciplinas (GRACIA, 2004; LIOTARD, 1998; ROJO, 2004). Estes estudiosos do discurso, majoritariamente localizados em universidades europeias, defenderam a análise de discurso como método de investigação da realidade social.

É importante sinalizar que não existe um método único de análise linguística baseada nas relações entre discurso, estrutura social e mudança social (FAIRCLOUGH, 2008; GARCIA DA SILVA & CARVALHO, 2008; GILL, 2011; GRACIA, 2004; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010).

²⁴ Para uma análise detalhada do “giro linguístico”, ver Tomas Ibáñez Gracia (2004).

Segundo Rosalind Gill (2011), existem ao menos 57 variedades de análise de discurso, diferenciadas por suas fundamentações teóricas, sendo a análise política um dos seus polos de aplicação teórico-metodológico.

Como esta pesquisa se fundamenta na teoria crítica, a partir de obras de Joachim Hirsch, David Harvey, Sampie Terreblanche, Grace Davie e outros, a perspectiva de Análise de Discurso adotada é a dos Estudos Críticos de Discurso (FAIRCLOUGH, 2008). Os intelectuais desta corrente têm uma preocupação com a relação entre linguagem e política, e analisam as manifestações discursivas de problemas sociais e desigualdades nas relações de poder (FAIRCLOUGH, 2008; GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008; GILL, 2011; IÑIGUEZ, 2004; ROJO, 2004; RESENDE & RAMALHO, 2011; VAN DIKJ, 2010).

Esta recente tradição da Análise de Discurso vem se desenvolvendo nos estudos sobre a mídia, relações de gênero e étnicas e mudanças políticas, interessando-se na maneira como o poder, a dominação e a desigualdade social são estabelecidos, reproduzidos e/ou combatidos por meio dos discursos (FAIRCLOUGH, 2008; RESENDE & RAMALHO, 2011; VAN DIKJ, 2010).

A Análise de Discurso Crítica, ADC, define como intento central o incentivo à pesquisa linguístico-discursiva voltada para questões sociais em favor dos grupos subalternizados e minorias. Ela propõe pesquisas que configurem a busca de soluções para problemas sociais que se manifestam discursivamente, questões no campo da educação, assimetrias de poder, de gênero e de hegemonia (RESENDE & RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010). Por isso, a ADC fomenta estudos que analisem discursos institucionalizados, de âmbito educacional, religioso, sobre saúde, político, econômico e midiático, até estudos que envolvem implícita ou explicitamente conflitos de classe e étnico-raciais etc (FAIRCLOUGH, 2008; VAN DIKJ, 2010).

Dessa forma, a ADC constitui uma corrente teórica, uma transdisciplina e um desenho de pesquisa equivalente a uma prática teórica crítica, pois considera que as relações de opressão/exploração são criações sociais que podem ser transformadas pela ação dos sujeitos sociais (FAIRCLOUGH, 2003; FIORIN, 2007; GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010).

Por estar inserida na Ciência Social Crítica, a Análise de Discurso Crítica investiga os conteúdos e/ou efeitos ideológicos dos discursos que podem contribuir para estabelecer e/ou manter

relações de dominação (FAIRCLOUGH, 2003; FIORIN, 2007; GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008; RESENDE & RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010). O objetivo da ADC é oferecer suporte científico para questionamentos de problemas sociais decorrentes das desigualdades sociais (FAIRCLOUGH, 2008; ROJO, 2004). A abrangência desse modelo de análise de discurso se explica pelo entendimento de que a relação entre linguagem e sociedade é interna e dialética, ou seja, as questões sociais, em parte, são questões de discurso ou discursivas (FIORIN, 2007; CHOULIARAKI & FAIRCLOUGH, 1999 Apud GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008; ROJO, 2004).

Na perspectiva crítica assumida pela ADC, a linguagem é parte irredutível da vida social, uma vez que se constitui socialmente da mesma forma que apresenta consequências e efeitos sociais, políticos, cognitivos, morais e materiais (FIORIN, 2007; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010).

Consideramos que o(s) sentido(s), bem como os efeitos de um texto, como exemplifica Fairclough (2001, p. 108), têm consequências de natureza extradiscursiva, uma vez que “alguns conduzem a guerras; outros levam pessoas a perder o emprego ou a obtê-lo; outros ainda modificam as atitudes, crenças ou práticas das pessoas”, e assim por diante (GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008, p. 269).

Ainda com base em princípios do Realismo Crítico, e apoiada também em David Harvey (1992), a ADC reconhece seu objeto de estudo nas práticas sociais. Disso advém o foco no “discurso”, entendido como momento constituinte e irredutível das práticas sociais. Como maneiras recorrentes, situadas temporal e espacialmente, pelas quais as pessoas interagem no mundo, práticas sociais são “articulações de diferentes tipos de elementos sociais que são associados a áreas particulares da vida social” (FAIRCLOUGH, 2003, p.25). Qualquer prática, sugere Fairclough, com base em Harvey (op. Cit.), envolve ação e interação, relações sociais, pessoas (com crenças, valores, atitudes e histórias etc.), mundo material e discurso. Em práticas particulares, esses cinco elementos mantêm entre si constantes relações dialéticas de articulação e internalização, sem se reduzirem a um, tornando-se “momentos” da prática (GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008, p. 271).

A ADC propõe um arcabouço teórico-metodológico para o desenvolvimento de pesquisas de mecanismos discursivos e seus efeitos ideológicos em práticas sociais específicas.

Segundo Bakhtin (2012), Fairclough (2008), Fiorin (2007) e Medviédev (2012), para se ter acesso aos efeitos ideológicos dos discursos, é preciso relacionar a “micro-análise” de textos à “macro-análise” das formas como as relações de poder operam através de redes de práticas sociais e estruturas. As pesquisas em ADC costumam partir da identificação de um problema que apresente

aspectos discursivos. Definido o problema da pesquisa, segue-se a identificação de questões que obstaculizam a reversão do problema social estudado (GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008).

Na análise de discurso, em que textos figuram como o principal material empírico, devem ser buscadas as inter-relações entre os processos discursivos e o problema do estudo. Esse movimento se desdobra em uma análise detalhada e intensiva dos textos como elementos dos processos sociais, sendo um processo complexo que engloba duas partes: a compreensão e a explanação (GARCIA DA SILVA & RAMALHO, 2008).

Um texto, como materialidade de um ou múltiplos discursos, pode ser analisado de diversos e diferentes modos, uma vez que diferentes combinações das propriedades do texto e dos posicionamentos políticos e sociais do analista-leitor, conhecimentos, experiências, valores e crenças do pesquisador resultam em diferentes compreensões de um mesmo *corpus* ou *corpora* textuais (VAN DIJK, 2010). Por isso é importante ao analista de discurso crítico descrever as perspectivas teórico-conceituais que fundamentam a sua análise das práticas discursivas.

Parte da análise de textos, segundo a ADC, é formada por análises de compreensões, que envolvem descrições e interpretações. A outra parte da ADC é a explanação, que reside na interface entre os conceitos e categorias do estudo e o material empírico. Nesta etapa, as propriedades dos textos particulares são redescritas e analisadas, a partir do arcabouço teórico adotado pelo analista do discurso. A finalidade desse momento da análise é evidenciar como a prática discursiva é socialmente determinada pelas relações de poder e incide na realidade, segundo seus efeitos em conflitos por hegemonia e nas relações de dominação/opressão.

No processo de revisão bibliográfica e de análise documental que fundamentou a construção desse problema de pesquisa, identificaram-se evidências de transformações no conteúdo político-ideológico do sistema de saúde da África do Sul democrática, que apontam para importantes rupturas em relação não só ao sistema de saúde erigido durante o regime do *apartheid*, como em relação aos regimes racialmente segregadores instituídos desde a invasão holandesa. Embora existam várias “permanências na forma e na superfície discursiva” dos discursos políticos, em que o país permanece defendendo a expansão do acesso aos serviços de saúde e o compartilhamento do poder decisório entre todos os sul-africanos, importantes processos econômicos e políticos, característicos do Estado neoliberal e do Estado gerencial, instituído por

Jacob Zuma, parecem ter amoldado/ressignificado esse discurso político, apontando o surgimento de novos significados e sentidos ao processo de implementação da reforma da saúde que divide a sociedade sul-africana e os maiores partidos do país, o ANC e a Democratic Alliance (DA).

Diante desses achados, foram selecionadas obras da corrente inglesa dos estudos críticos de discurso²⁵ que expusessem subsídios teórico-metodológicos e operativos para analisar como a mercantilização de esferas da vida social como a saúde, a educação e a produção cultural se processa, se constrói historicamente e se reproduz através de discursos socialmente orientados e de ordens de discurso específicas. Esse processo de colonização de áreas e serviços, antes protegidas pelo Estado, por discursos oriundos do mercado, é denominado por Fairclough (2008) de *comodificação*.

Para Norman Fairclough (2008), a comodificação é o processo pelo qual áreas da vida social e as instituições cujas finalidades não sejam produzir mercadorias, no sentido econômico restrito de artigos para venda, vêm sendo organizadas e definidas em termos de produção, distribuição e consumo de serviços, transformados em mercadorias.

Não surpreende mais, por exemplo, que setores das artes e da educação, como o teatro e o ensino da língua inglesa, sejam referidos como indústrias destinadas a produzir, a comercializar e a vender mercadorias culturais e educacionais aos seus clientes ou consumidores. A comodificação não é um processo particularmente novo, mas recentemente ganhou novo vigor e intensidade como um aspecto da “cultura empresarial” (Keat e Abercombie, 1990). Marx mesmo notou os efeitos da comodificação sobre a língua: referir-se às pessoas em termos de mãos em contextos industriais, por exemplo, é um modo de vê-las como mercadorias úteis para produzir outras mercadorias, como força de trabalho incorporada. Em termos de ordens de discurso, podemos entender a comodificação como a colonização de ordens de discurso institucionais e, mais largamente, de ordem de discurso societária, por tipos de discurso associados à produção de mercadoria (FAIRCLOUGH, 2008, p. 255).

David Harvey (2011) compara esse processo de mercantilização de serviços, há pouco tempo significados com bens públicos coletivos, ao processo de acumulação primitiva capitalista e o denomina de “acumulação por espoliação”.

²⁵ A única exceção é o trabalho de Alice Krieg-Planque (2011), que tem como base a corrente francesa de estudos críticos de discurso, mas que contribuiu com a discussão sobre fórmulas discursivas e de como realizar análises de discurso com *corpora* extensos. Além disso, a autora se fundamenta nos estudos de discurso bakhtinianos, os mesmos que dão base a essa pesquisa.

A transformação em mercadoria de formas culturais, históricas e da criatividade intelectual envolve espoliações em larga escala (a indústria da música é notória pela apropriação e exploração da cultura e da criatividade das comunidades). A corporativização e privatização de bens até agora públicos (como as universidades), para não mencionar a onda de privatizações (da água e de utilidades públicas de todo gênero) que têm varrido o mundo, indicam uma nova onda de “expropriação das terras comuns”. Tal como no passado, o poder do Estado é, com frequência, usado para impor esses processos mesmo contrariando a vontade popular. A regressão dos estatutos regulatórios destinados a proteger o trabalho e o ambiente da degradação tem envolvido a perda de direitos. A devolução de direitos comuns de propriedade obtidos graças a anos de luta das classes (o direito a uma aposentadoria paga pelo Estado, ao bem-estar social, a um sistema nacional de cuidados médicos) ao domínio privado tem sido uma das mais flagrantes políticas de espoliação implantadas em nome da ortodoxia neoliberal (HARVEY, 2011, p. 123).

Para a manutenção da sociabilidade do capital, essas reformas regressivas demandam o protagonismo ativo do Estado. A forma política do capital desenvolve um papel central nas reformas orientadas à mercantilização e à aplicação do gerencialismo, da teoria do gotejamento, etc na formulação e gestão das políticas e serviços sociais (HARVEY, 2008, 2011), reduzindo não só a cobertura das políticas e serviços sociais, como também diminuindo as relações democráticas dentro do sistema de bem-estar social (DAVIE, 2015; PATEL, 2013; WOOD, 2006). Portanto, o discurso político do Estado é permanentemente tutelado e regulado pelas classes e grupos dominantes, embora a reprodução social não permita que ele se torne “propriedade” das classes e grupos dominantes (HIRSCH, 2010; MEDVIÉDEV, 2012).

Essa complexa relação e a ação política dos partidos e classes subalternas permite que, ao lado de formas políticas claramente comprometidas com a manutenção da propriedade, dos contratos e das formas jurídicas do intercâmbio material, existam organismos e políticas de Estado que respondem às necessidades sociais das classes e grupos subalternizados. Caso contrário, não existiriam Ministérios e Sistemas estatais de Saúde, Assistência Social, Previdência e Educação (HIRSCH, 2010). Os conflitos dessa complexa condensação de relações sociais que é o Estado capitalista têm uma dimensão discursiva. Analisar os discursos políticos demanda a escolha de procedimentos e estratégias de análise e estes serão abordados agora.

Além das propostas teórico-metodológicas supracitadas, para a análise do *corpus* da pesquisa foram definidas algumas conceituações e estratégias de desenvolvimento de uma análise crítica de discurso de fundo bakhtiniano. Estes fragmentos metodológicos foram escolhidos por

melhor se adequarem aos objetivos da pesquisa e se originarem da análise da obra de autores que abordam os discursos políticos a partir da teoria crítica.

2.5.1 Matriz Social do Discurso

Segundo Norman Fairclough (2008), um elemento a ser considerado na análise do material discursivo é a “matriz social dos discursos”. A identificação da matriz social do discurso é estratégica para analisar como enunciados se relacionam com as estruturas e relações sociais: essa relação é convencional e normativa, criativa e inovadora, orientada à reprodução do *status quo* ou opositiva? Para Garcia da Silva e Ramalho (2008), este esforço toma o discurso como ponto de partida, e a Ciência Social Crítica como um meio de leitura e análise do mesmo, situando-o na história e no movimento do real.

Em um movimento para identificar as forças sociais geradoras, legitimadoras e subalternizantes dos discursos, semelhante ao que propôs Bakhtin (2012), Van Dikj (2010, p.44) defende que:

Deve-se ressaltar que o poder aparece não apenas “nos” ou “por meio dos” discursos, mas também que é relevante como força societal “por detrás” dos discursos. Nesse momento, a relação entre discurso e poder é próxima e constitui uma manifestação bastante direta do poder da classe, do grupo ou da instituição e da posição ou *status* relativos de seus membros (Bernstein, 1971-1975; Mueller, 1973; Schatzman e Strauss, 1972).

2.5.2 Ordem Social dos Discursos

Esse conceito se refere à maneira como as diferenças de *status* e de autoridade projetam-se sobre o universo discursivo, estabelecendo um princípio de desigualdade. Pois ao lado de discursos “autorizados” pelas relações de poder, encontram-se discursos “desautorizados”; diante de discursos legitimados, encontram-se discursos deslegitimados; diante dos discursos dominantes, discursos minoritários (FAIRCLOUGH, 2008; ROJO, 2004).

Segundo Rojo (2004) e Van Dikj (2010), essas diferenças na avaliação/classificação dos discursos, são uma expressão das tentativas, por parte dos distintos grupos e classes sociais, de

controlar e/ou regular a produção, circulação e recepção dos discursos, devido ao poder gerador contido nessas práticas discursivas, e da imposição, por parte desses grupos e classes sociais, dos critérios de produção e avaliação.

O objetivo de investigar a ordem social do discurso é especificar o relacionamento do discurso, enquanto prática social, com as ordens do discurso que ela delinea e os efeitos de reprodução e transformação das ordens de discurso para as quais contribui. Esse conceito é fundamental para analisar questões como a mercantilização de esferas da vida e serviços sociais, antes protegidas pelo Estado, como os sistemas de saúde (FAIRCLOUGH, 2008).

No decorrer da pesquisa, esse conceito foi muito importante para perceber como mesmo a racionalidade revolucionária do SACP - *South African Communist Party*, o Partido Comunista Sul-Africano, e a reformista dos setores mais críticos do ANC foram desautorizados e tornados minoritários pelo poder dos discursos políticos dominantes, mesmo que estes discursos políticos minoritários representassem as demandas da ampla maioria dos sul-africanos que levaram o ANC ao poder, por meio das eleições nacionais das últimas duas décadas.

2.5.3 Estratégias de Legitimação dos Discursos Políticos

Mesmo os discursos dos grupos sociais que possuem mais poder social são constantemente, permanentemente, questionados por contradiscursos e ideologias alternativas (SOBRAL, 2013). Por isso, mesmo as classes dominantes e suas elites políticas precisam investir, e o fazem de diversas formas, em práticas de legitimação dos seus discursos (ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010).

O poder político e a legitimidade estão constantemente em perigo. Podem ser questionados por rivais políticos, instituições civis, tais como a imprensa e as organizações não-governamentais (ONGs), ou até pela população em geral. Em uma crise assim, os atos de legitimação são fundamentais. Nesse caso, tanto os questionamentos como a posterior legitimação são em grande parte discursivos e, portanto, torna-se relevante analisar esses discursos. É claro que essa legitimação discursiva tem sua função e se insere em um processo mais geral de legitimação social e política, no qual estão em jogo as instituições que controlam o poder, o Estado, a lei, os valores compartilhados e a ordem social (ROJO, 2004, p. 244).

Uma característica do discurso político é a constituição de uma relação “nós e os outros”. Uma forma de legitimação comum desse gênero de discurso é atribuir uma autorização sociopolítica do próprio discurso (ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010). Para estes autores, essa

estratégia de legitimação implica, ao mesmo tempo, uma dicotomia entre apresentação positiva de si mesmo e a apresentação negativa do outro, na qual as ações/discursos políticos próprias, ou do grupo a que se pertence, são significadas como corretas e benéficas e as ações “deles”, dos grupos que apresentam discursos e formações ideológicas antagônicas, são classificadas como desviantes, ineficazes, carentes de cientificidade, sem fundamentação legislativa.

Esse esquema de polarização do discurso político se estrutura na auto-representação positiva e outro-representação negativa. Os grupos que detêm poder político e econômico, geralmente, não realizam essas representações de forma aberta e/ou agressiva, esses sujeitos têm uma grande preocupação com o “gerenciamento da imagem pública” (VAN DIKJ, 2010).

Segundo Hirsch (2010), os discursos políticos tendem a representar o Estado como um conjunto de instituições organizadas para o bem comum. Essa aparente externalidade do Estado em relação aos conflitos entre as classes e grupos sociais é um dos elementos do êxito da forma política burguesa. Dessa forma, essa cristalização de relações sociais, o Estado, formula discursos que regulam os conflitos entre as classes, mas também os conflitos intra-classes (HARVEY, 2008; HIRSCH, 2010), sem perder a sua função na reprodução das relações sociais capitalistas.

As estratégias sociopolíticas que os falantes empregam para legitimar seus próprios discursos e deslegitimar, desautorizar e invalidar os discursos que os contradizem é uma questão de grande importância para analisar os discursos políticos dos grupos e classes dominantes (CARBONI & MAESTRI, 2012; FAIRCLOUGH, 2008; KRIEG-PLANQUE, 2011; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010). Nesse sentido, três estratégias de legitimação discursiva podem ser destacadas, com base em Rojo (2004) e Van Dikj (2010):

1 – O destaque nas diferenças de poder, cientificidade, *status* e autoridade, como procedimento de legitimação, de forma que a autoridade e a legitimidade das instituições se transfiram ao falante e ao seu discurso, ao mesmo tempo em que pode ser deslegitimada a fonte de outros discursos que o questionam/contradizem.

2 – A apresentação do próprio discurso como o discurso real, um reflexo da realidade. Isto, geralmente, ocorre por meio de processos de objetivação, enquanto que os demais discursos e as ideologias que materializam são apresentados como deformações da realidade (CARBONI & MAESTRI, 2012; ROJO, 2004). Assim, estabelece uma distinção entre discursos verdadeiros, o do

grupo a que pertence (endogrupo) e as versões subjetivas ou distorcidas dos discursos alheios, os discursos do exogrupo (ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010).

3 – Por fim, com a finalidade de legitimar o próprio discurso, os sujeitos evocam o conjunto de regulamentos e de preconceitos linguísticos que estão na base da ordem social dos discursos e que permitem controlar e/ou regular a produção, circulação e o acesso aos discursos (FAIRCLOUGH, 2008; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010). Em todas as comunidades linguísticas ocorre um processo de exclusão e inclusão discursiva, através do qual são estabelecidos normas e regulamentos que fazem com que determinados discursos sejam aceitáveis, enquanto que outros modos de expressão e outros gêneros de discursos são desacreditados e desvalorizados e sua circulação restrita (MEDEVIÉDEV, 2012).

São precisamente esses valores e essas restrições que podem ser empregados como estratégias de legitimação dos discursos. Assim, o uso de jargões autorizados, dialetos de grupos com poder social, como o jargão médico, o jurídico e o de variedades, e registros linguísticos de prestígio, tais como os dialetos e jargões da burocracia do Estado, ou as variedades linguísticas próprias das classes detentoras de poder econômico, político e simbólico, legitimam, autorizam e prestigiam o próprio discurso. Enquanto que as normas e as instituições que fomentam os preconceitos linguísticos e desqualificam as formas que se afastam dessas consideradas de prestígio, muitas delas são organizações do Estado, não só invalidam essas formas como também as excluem de determinados círculos e restringem o seu acesso ao discurso público, deslegitimando-as, tanto em termos de seus aspectos formais, quanto em termos de seu conteúdo sociopolítico (ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010). A exemplo disso, é notória a deslegitimação dos milhares de protestos, classificados como “ilegais” pelo Estado democrático sul-africano, que ocorreram ao longo dos anos 2000 por toda a África do Sul. Estes eram e são protestos por serviços sociais básicos e pelo cumprimento das promessas de crescimento com igualdade social, realizados pelos setores mais pauperizados da classe trabalhadora sul-africana.

A legitimação das formações ideológicas que os falantes materializam em seus discursos a respeito de acontecimentos, processos e sujeitos sociais é um movimento discursivo que desempenha um papel essencial na reprodução social. Essas práticas discursivas contribuem para que sejam classificadas como apropriadas determinadas ações ou políticas, de acordo com uma

determinada interpretação dos acontecimentos, interpretações estas que tendem a ser dominadas pelas formações ideológicas das classes e grupos dominantes (CARBONI & MAESTRI, 2012; FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010).

2.5.4 Formações Ideológicas e Formações Discursivas

Segundo Fiorin (2007), as formações ideológicas podem ser entendidas como a visão de mundo de uma determinada classe social, isto é, um conjunto de representações, de ideias que revelam a compreensão que uma dada classe tem do mundo. A leitura de Fiorin sobre formações ideológicas se assemelha à de Lefevbre (2011) ao definir as “três concepções/visões de mundo existentes” e as de Bakhtin (2012) e Medviédev (2012) ao abordar o fato de classes sociais e grupos políticos não ocuparem apenas lugares distintos nas relações de produção. Estes grupos e classes, por seus lugares distintos no intercâmbio material e simbólico, também formariam comunidades semióticas com linguagens sociais específicas, mas em constante interação.

Essas perspectivas expressam que não existem ideias, sistemas ideológicos fora dos quadros da linguagem, entendida no seu sentido amplo, como instrumento de comunicação verbal ou não verbal. Sendo assim, essas visões de mundo, condicionadas pelas relações de produção e poder, não existem desvinculadas das práticas languageiras (MEDVIÉDEV, 2012). Por isso, para cada formação ideológica existe uma ou várias formações discursivas (FIORIN, 2007; VAN DIKJ, 2010).

Dessa forma, uma formação discursiva é um conjunto de temas e de figuras que materializa uma dada visão de mundo (FIORIN, 2007). Essas formações discursivas são ensinadas aos membros das sociedades ao longo do processo de socialização, por meio da aprendizagem linguística. É a partir da assimilação das formações discursivas, que contêm as formações ideológicas que circulam nessa formação social, que homens e mulheres constroem seus discursos e agem linguisticamente aos acontecimentos sociais (FIORIN, 2007; VAN DIKJ, 2010). Por isso, o discurso é mais lugar de reprodução do que o da criação (CARBONI & MAESTRI, 2012; FIORIN, 2007).

As visões de mundo não se desvinculam da linguagem, porque a ideologia, vista como algo imanente à realidade, é indissociável da linguagem. As ideias e, por conseguinte, os

discursos são expressões da vida real. A realidade exprime-se pelos discursos (FIORIN, 2007, p.33).

Assim como uma formação ideológica impõe o que pensar, moldando consciências, uma formação discursiva, oriunda de uma ou mais formações ideológicas, determina o que dizer. Em uma formação social, como a capitalista, existem tantas formações discursivas quantas forem as formações ideológicas (FIORIN, 2007). Mas isso não deve ser confundido com uma total liberdade na produção e distribuição de discursos no corpo social. Foucault (1971) e Rojo (2004) já apontavam que o poder gerador dos discursos faz com que esses sejam profundamente regulados, sobretudo nos campos da política e da sexualidade. Além disso, não se deve esquecer de que, assim como a ideologia dominante é a da classe e dos grupos dominantes, que compõem as elites simbólicas e políticas (BAKHTIN, 2012; VAN DIJK, 2010), o discurso dominante é o da classe dominante (CARBONI & MAESTRI, 2012; FIORIN, 2007).

Dizer que não há ideias fora dos quadros da linguagem implica afirmar que não há pensamento sem linguagem. Engels dizia que não há realmente um pensamento puro desvinculado da linguagem. Ao opor-se a ideia de Derrida, de que, quem não era capaz de pensar sem o auxílio da linguagem, não tinha conhecido o verdadeiro pensamento, afirma, com ironia, que, se isso fosse verdade, os animais seriam os pensadores mais abstratos e autênticos, porque seu pensamento jamais é perturbado pela interferência da linguagem (FIORIN, 2007, p. 33).

Em decorrência da indissociabilidade entre formações discursivas e formações ideológicas, é possível afirmar que os discursos materializam as ideologias, as representações compartilhadas por grupos e classes. As ideias não existem fora dos quadros linguísticos. Portanto, as formações ideológicas só ganham materialidade nas formações discursivas (FIORIN, 2007; VAN DIJK, 2010).

2.5.5 Fórmulas discursivas

A partir dos significados e sentidos sociopolíticos dos discursos que emergem nos *corpora* da pesquisa, foi possível identificar a constituição de fórmulas discursivas que evidenciavam

conflitos também de natureza estrutural no processo de implantação do Sistema Nacional de Saúde da África do Sul democrática.

Dentro de um cenário profundamente contraditório de institucionalização da democracia representativa e de adoção de políticas neoliberais que cada vez mais autonomizam o capital de interferências e regulações oriundas do poder popular, a materialização dos projetos que resultariam em um Estado comprometido com a superação da herança sanitária do *apartheid* encontra obstáculos estruturais e conjunturais, evidenciando que os discursos políticos não apenas expressam, mas também são atravessados pelos diferentes projetos em disputa pelo poder do Estado.

Nesse estudo, o conceito de fórmula discursiva, elaborado por Alice Krieg-Planque, foi fundamental ao tratamento dos corpora:

Em um momento do debate público, uma sequência verbal, formalmente demarcável e relativamente estável do ponto de vista da descrição linguística que se pode fazer dela, põe-se a funcionar nos discursos produzidos no espaço público como uma sequência tão partilhada como problemática. Empregada em usos públicos que a investem de questões sociopolíticas por vezes contraditórias, essa sequência conhece, então, um regime discursivo que faz dela uma fórmula: um objeto descritível nas categorias da língua e cujo destino – ao mesmo tempo invasivo e continuamente questionado – no interior dos discursos é determinado pelas práticas linguageiras e pelo estado das relações de opinião e de poder em um momento dado no seio do espaço público (KRIEG-PLANQUE, 2011, pág. 43).

2.6 FONTES DE EVIDÊNCIAS E DELIMITAÇÃO DO *CORPUS*

2.6.1 Indo além das palavras: pesquisa e análise bibliográfica

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange bibliografia especializada e tornada pública em relação ao problema da pesquisa. Ela oferece meios para analisar não somente problemas já conhecidos, mas também possibilita explorá-los segundo um novo enfoque ou abordagem, permitindo conclusões inovadoras (MARCONI & LAKATOS, 2009).

Sob a perspectiva bakhtiniana de leitura dos textos e o cuidado dessa tradição de teoria do discurso e da linguagem com as determinações sociais e políticas e as ideologias veiculadas pelos livros e demais publicações, compreendendo os livros como expressões das relações de poder que se materializam em discursos, como espaços de verbalização das lutas sociais, políticas entre as classes, é que foi realizada a análise bibliográfica dessa pesquisa.

Sobre os livros como *corpus* Mikhail Bakhtin (2008, p.72) afirma:

O livro, isto é, o ato da fala impresso, constitui geralmente um elemento da comunicação verbal. Ele é objeto de discussões ativas sob a forma de diálogo e, além disso, é feito para ser apreendido de maneira ativa, para ser estudado a fundo, comentado e criticado no quadro do discurso interior, sem contar as reações impressas, institucionalizadas, que se encontram nas diferentes esferas de comunicação verbal (críticas, resenhas, que exercem influência sobre os trabalhos posteriores etc.). Além disso, o ato da fala sob a forma de livro é sempre orientado em função das intervenções anteriores na mesma esfera de atividade, tanto as do próprio autor como as de outros autores: ele decorre, portanto, da situação particular de um problema científico ou de um estilo de produção literária. Assim, o discurso escrito é de certa maneira parte integrante de uma discussão ideológica em grande escala: ele responde a alguma coisa, refuta, confirma, antecipa as respostas e objeções potenciais, procura apoio etc.

Além disso, sob a teoria do discurso bakhtiniana o signo é social e histórico. Dessa forma, analisar as rupturas, transformações e continuidades no discurso político sobre saúde na África do Sul pós-*apartheid* no *corpus* de pesquisa, seus processos de significação, cristalização e deslocamento de sentidos, convida o pesquisador a ser “arqueólogo do saber”. O material desse “arqueólogo do saber discursivo” é extralinguístico, se encontra no processo de produção e reprodução social capitalista e na consubstancialidade do mesmo em relação a outras formas de exploração. Processos ainda pouco pesquisados por linguistas e analistas de discursos (CEREJA, 2013). Daí ser estratégico ao analista de discurso bakhtiniano procurar teorias sociais e políticas das ciências sociais e humanas para identificar e explicar os processos sociais e históricos que moldam os discursos analisados e que atribuem significados aos signos pesquisados (KRIEG-PLANQUE, 2011).

Em uma direção semelhante aos estudos de discurso do Círculo de Bakhtin desenvolvidos nessa pesquisa, o historiador Eric Hobsbawm no livro *A Era das Revoluções* (2001) afirma que palavras falam mais que documentos, e que, por isso, deveríamos considerar como e em que circunstâncias algumas palavras ganharam seus significados modernos e perderam seus antigos

significados. Sendo assim, mais do que o papel de construção de uma “problematização de pesquisa”, a revisão bibliográfica realizada nesse estudo produziu elementos de compreensão do contexto social e histórico de produção dos discursos governamentais em análise e do próprio sistema de saúde, que é o cenário dessa comunidade semiótica de sujeitos políticos do Governo Sul-africano desde 1994. Essa estratégia de pesquisa também gerou novos *insights* no pesquisador, novas problematizações sobre o objeto do estudo e uma visão privilegiada sobre os acontecimentos políticos e sociais que demarcam continuidades, deslocamentos e mudanças de significados políticos e ideológicos do sistema de saúde, em consubstancialidade direta com o processo de reprodução social.

Sob esse prisma bakhtiniano, a pesquisa bibliográfica, além de contribuir na maturação teórico-conceitual e para constantes aproximações teóricas sobre o objeto estudado, assumiu a natureza de pesquisa histórica. Pois, além de auxiliar na análise da produção de conhecimento existente sobre o sistema de saúde sul-africano, a revisão bibliográfica foi fundamental à identificação de acontecimentos econômicos, políticos e sociais do período considerado, que podem ter fomentado transformações nos sistemas de saúde, o que Teun A. Van Dikj (2010) denomina de “elementos de contexto”, assim como, de quais as possíveis implicações dessas transformações no discurso político sobre a política nacional de saúde.

Essa pesquisa bibliográfica abarcou publicações: livros, teses, e periódicos das áreas de Serviço Social, História, Saúde Pública, Economia, Sociologia e Ciência Política,²⁶ etc, em português e inglês. O desenvolvimento desta técnica de pesquisa se desdobrou em cinco etapas: identificação; localização; compilação; fichamento e problematização do material lido.

²⁶ O período de Doutorado Sanduíche no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da University of Cape Town (UCT), realizado entre janeiro e dezembro de 2015, foi fundamental para o pesquisador identificar a bibliografia e bancos de dados adequados, na consulta a pesquisadores com experiência de análise sobre a sociedade e o sistema de saúde nos quatro grandes momentos históricos da África do Sul e, por fim, para a participação em seminários e consulta a documentos e bibliografia disponibilizados pela UCT.

2.6.2 Fontes documentais: definindo o *corpus* do discurso político

Como afirma Michel Foucault (1971), em sociedades como a nossa, procedimentos de exclusão são bastantes presentes, o mais evidente deles é a interdição. “Sabe-se que não se tem o direito de dizer de tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (Idem, p.09).

Segundo o autor, como já foi dito, essa interdição se expressa de forma mais intensa nos discursos referentes aos campos da sexualidade e da política. Essas interdições revelam como a produção de discursos está relacionada às relações de poder. Para Teun A. Van Dikj (2010), os discursos políticos, especialmente os materializados em políticas públicas, programas de Estado e leis, são profundamente regulados até tornarem-se “discurso público”. Portanto, é um desafio aos analistas críticos de discurso ultrapassar a aparente neutralidade discursiva para identificar e analisar que ideologias e relações de poder estão condensadas nessas práticas discursivas.

Como esta pesquisa analisou um processo político a partir de discursos políticos de um Estado nacional que, pela primeira vez, inicia a implementação de um sistema de saúde para toda a sua população, os textos que integram o *corpus* apresentam as “vontades de verdade” (FOUCAULT, 1971), concepções de mundo (LEFEBVRE, 2011) e lugares discursivos (KRIEG-PLANQUE, 2011) das comunidades semióticas (BAKHTIN, 2012) de *policy makers* sul-africanos pertencentes ao ANC ou coalizão de esquerda, formada por este partido, pelo SACP e pela COSATU - o *Congress of South African Trade Unions* (a Central Sindical Sul-africana).

A produção de dados primários por meio de entrevistas em profundidade e/ou grupos focais não parece coerente ao estudo crítico do discurso político por dois motivos: o primeiro é que as entrevistas com formuladores desses discursos são de difícil acesso e, geralmente, não resultam em *corpus* de boa qualidade. No caso de análises de discurso político, isso ocorre porque os sujeitos envolvidos em processos políticos tendem a gerenciar profundamente seus discursos (VAND DIKJ, 2011). Alice Krieg-Planque (2011), Teun Van Dikj (2010), Luiza Martin Rojo (2004) e Patrick Charaudeau (2011), em seus estudos sobre discursos políticos²⁷, evidenciam como os sujeitos

²⁷ É interessante observar que em nenhum dos trabalhos lidos sobre análise de discurso crítica para a construção desse projeto de pesquisa doutoral os autores tenham gerado seus dados. A preocupação com a

destes discursos, especialmente aqueles que ocupam lugares nas elites governamentais e na estrutura de Estado, têm significativa habilidade de regulação discursiva, assim como direcionam de maneira profissional uma auto-representação positiva.

Soma-se a isso a dificuldade envolvida na aprovação, por parte de comitês de ética em pesquisa, do Brasil, de pesquisas internacionais que envolvam seres humanos, o que poderia diminuir muito o tempo restante ao desenvolvimento do estudo e análise do *corpus*.

A principal fonte de dados sobre as transformações históricas do sistema de saúde da África do Sul foi a documental. Entre os pontos fortes das evidências documentais para estudos científicos se destacam: sua estabilidade - são fontes de evidências que podem ser revisadas diversas vezes; sua discrição - são fontes que não foram criadas pelo/para o estudo, o que pode diminuir os efeitos de interdição dos discursos por meio do “gerenciamento da imagem pública” (VAN DIJK, 2010); sua exatidão – contêm nomes, referências e detalhes exatos de um evento/acontecimento; sua grande cobertura – longo espaço de tempo, muitos acontecimentos/fatos e muitos ambientes distintos (YIN, 2005).

Ainda segundo Yin (2005), as evidências documentais são fragilizadas pela dificuldade e/ou negação de acesso aos arquivos institucionais. Essa dificuldade de acesso é acentuada quando se trata de material discursivo, enunciados produzidos pelas elites políticas e econômicas (VAN DIJK, 2010; ROJO, 2004; KRIEG-PLANQUE, 2011). Outra questão diz respeito às perdas - quando perdidas, sua capacidade de recuperação pode ser baixa. Sendo assim, pesquisas científicas que publicizem o conteúdo de documentos públicos, mesmo que para finalidades específicas, podem garantir o acesso a informações relevantes à comunidade científica e a setores e grupos que dispõem de pouco poder social, econômico e/ou político (FAIRCLOUGH, 2003; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010).

Os documentos analisados neste estudo são de dois tipos: documentos escritos oficiais e publicações administrativas. Os documentos oficiais geralmente são a fonte mais fidedigna de

transparência/discrição dos dados faz com que os analistas de discurso busquem identificar e selecionar *corpus* de pesquisa, mas não produzir dados orientados aos seus objetos de estudo.

dados. Eles podem dizer respeito a atos individuais e coletivos, como os atos da vida política municipal, estadual e nacional. Como o pesquisador não exerce controle sobre a forma como esses documentos foram criados, analisá-los demanda que o mesmo selecione, interprete e analise somente o material que lhe interessa, para os fins da pesquisa (MARCONI & LAKATOS, 2009; YIN, 2005).

Outra fonte documental utilizada são as publicações administrativas. Sua fidedignidade é menor do que a dos documentos oficiais (YIN, 2005). Mais do que o registro cuidadoso do que se disse e fez, os documentos administrativos reproduzem a imagem da organização, quando dirigida aos clientes e ao público em geral, e a filosofia do administrador/gestor, quando é de uso interno, em que ocorre o que Van Dikj (2010) denomina de “gerenciamento da imagem pública”, pois estes textos, geralmente, são revisados várias vezes, com a intencionalidade de promover a imagem mais positiva possível de si, da instituição e do grupo a que pertence (ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010). Para compensar esses efeitos da regulação discursiva, comuns neste tipo de evidência, é necessário considerar o contexto social e as estruturas sociais em que foram produzidos (FAIRCLOUGH, 2008; RESENDE & RAMALHO, 2011; ROJO, 2004; VAN DIKJ, 2010), o que foi feito por meio de mediações entre os enunciados do discurso político, a conjuntura, os sujeitos e as relações de poder que se materializam nas políticas públicas de saúde da África do Sul Pós-*apartheid*. A análise histórica sobre a formação social da África do Sul foi fundamental à realização da análise dos documentos.

Depois de realizada a identificação e seleção do *corpus* da pesquisa, chegou o momento de início das análises. Para Gill (2011), é necessário desenvolver um “espírito cético da leitura” dos *corpora* (SCHENKEIN, 1978 apud GILL, 2011) - o ponto inicial é a suspensão da crença naquilo que é entendido como algo dado, um esforço semelhante ao realizado pelos antropólogos e pesquisadores sociais críticos em seus processos de pesquisa. Isso implica mudar a maneira como a linguagem é vista, no intuito de focar-se na construção, organização e direções sociais do discurso, em vez de buscar identificar algo que está subjacente, oculto pelo discurso, como fazem, habitualmente, os analistas de conteúdo ou pesquisadores munidos de questionários para análise estatística. “Devemos perguntar a qualquer passagem dada: ‘Por que estou lendo isso dessa maneira?’, ‘Que características do texto produzem essa leitura?’, ‘Como ele está organizado para

se tornar persuasivo? ', e assim por diante" (GILL, 2011, p. 253). Nesse momento de leituras dos discursos, materializados em textos, buscou-se apoio na teoria materialista do Estado, no materialismo histórico-geográfico e na teoria social do signo do Círculo de Bakhtin, para as quais as relações sociais que se investiga não são iguais as suas manifestações e não são naturais.

A codificação é outro momento operacional da análise de discurso (FAIRCLOUGH, 2008). Uma maneira recomendável de iniciá-la é ler e reler os discursos até que se familiarize com o texto, sendo um esforço preliminar à codificação. Os documentos que compõem o *corpus* foram lidos de três a sete vezes e sistematizados pelo pesquisador, momento em que foram geradas as notas analíticas.

Fairclough (2008), Rojo (2004) e Krieg-Planque (2011) recomendam que as categorias utilizadas para a codificação devem ser construídas a partir das questões problematizadas no estudo. Recomendações que foram incorporadas na análise do *corpora* dessa pesquisa. Dessa, os objetivos do estudo foram transformados em questões que direcionavam a leitura dos documentos.

As questões orientadoras da leitura e análise dos documentos são apresentadas no Quadro 1.

QUADRO 1: QUESTÕES NORTEADORAS DAS LEITURAS E PRÉ-ANÁLISES DO *CORPUS* DOCUMENTAL

1. Este documento contribui para a análise da política de saúde na África do Sul pós-apartheid? Se sim, como?
2. O documento evidencia rupturas e/ou continuidades em relação ao modelo racista, biomédico, privatista e assistencialista vigente durante os regimes colonial, da União Sul-Africana e do Apartheid? Se sim, descreva.
3. Como este documento auxilia na caracterização do Sistema de Saúde da África do Sul democrática?
4. A partir deste documento é possível traçar relações entre o discurso político do ANC sobre saúde e a matriz discursiva neoliberal que dominou o processo de transição à democracia?

Fonte: próprio autor.

Os documentos analisados nesse estudo foram definidos de acordo com três critérios definidos pelo pesquisador. Primeiro, o critério de abrangência: deveriam ser políticas, programas e projetos de abrangência nacional. Segundo, deveriam ser documentos técnicos ou leis nacionais,

chamados de *acts* na África do Sul, referentes à implantação do sistema nacional de saúde. Terceiro, deveriam ter sido produzidos durante os mandatos nacionais do ANC entre 1994 e 2015 pelo Departamento Nacional de Saúde da África do Sul. Essa delimitação também se orienta às questões de exequibilidade/viabilidade da pesquisa. Estes critérios foram elaborados de acordo com as intencionalidades da pesquisa e foram constantemente questionados durante o desenvolvimento da mesma, já que os documentos do período 1994 a 2015 apontavam para rupturas e continuidades com matrizes discursivas e ordens do discurso muito anteriores ao desmonte do *apartheid* e até mesmo à constituição da África do Sul como um país independente, em 1910.

A análise documental utilizada nessa pesquisa, é uma operação ou um conjunto de operações que objetivam representar o conteúdo de um documento diferentemente do original, com o intuito de facilitar sua consulta e referência. Desta forma, esta técnica tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo a informação contida nos documentos originais, por intermédio de procedimentos de transformação (Bardin, 2011). O propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que se obtenha o máximo de informação, com o máximo de pertinência. A análise documental permite passar de um documento primário (bruto) para um documento secundário, que seja uma representação do primeiro (Bardin, 2011). A nova representação dos documentos selecionados como parte dos *corpora* do estudo, quando muito extensos e de necessária compilação e apresentação, foram transformados em quadros e apresentados sobretudo no capítulo 3.

É interessante notar que foi por meio da triangulação entre a análise documental, análise crítica de discurso e revisão bibliográfica que foi possível compreender a relação social que estrutura as relações de produção e poder na África do Sul desde 1652: a centralidade da ultra exploração da força de trabalho negra, justificada por ideologias e discursos racistas, religiosos e nacionalistas e, desde o advento da democracia, pela ideologia neoliberal. O que variou na História da África do Sul desde a invasão realizada pela *Dutch East India Company* (Companhia Holandesa das Índias Orientais) foram os sujeitos que subalternizaram esta força de trabalho negra: os funcionários da *Dutch East India Company*, os bôeres, os invasores ingleses, os governos e administrações dos bantustões, a elite política africâner, a elite econômica britânica, e, finalmente, a elite política do ANC e o grande capital financeiro. Em todos os regimes político-econômicos

que tomaram forma no país desde a invasão, a ultra exploração da força de trabalho negra foi fundamental para o processo de reprodução social e a estrutura fundamental de produção de riqueza e de proteção dos privilégios da classe trabalhadora branca e da burguesia²⁸. Dessa forma, neste estudo, quando são problematizadas as continuidades e rupturas na Política Nacional de Saúde, o que orientou a análise foi, sobretudo, como as novas políticas de saúde e de bem-estar implementadas pelo ANC, tensionaram, deram continuidade e/ou aprofundaram esta relação de exploração que ainda atinge desproporcionalmente os negros e negras da classe trabalhadora sul-africana. Estes, entre 1652 e 1994, foram destituídos da sua terra, do gado, do trabalho bem remunerado, da cidadania sul-africana, tornando, no auge do *apartheid*, 60% dos sul-africanos, os negros e negras, estrangeiros em seu próprio país, e fazendo de outro cerca de 21% da população, os *coloured* e asiáticos, cidadãos de segunda classe, com representação política limitada e submetidos à exploração baseada nas linhas raciais. Sendo assim, o direito à saúde pública como responsabilidade do Estado, e como uma política oficialmente desracializada, é uma novidade, assim como, a democracia. Por isso, tecer relações entre o discurso político sobre saúde e a formação histórica do país foi fundamental e demandou a análise de outros documentos, anteriores ao período considerado, a exemplo da legislação em saúde do período do *apartheid* e de alguns atos nacionais com expressivo impacto no aprofundamento ou no fim da segregação racial nos serviços de saúde. Assim como, de documentos para além da governabilidade do setor saúde, como os programas de (contra)reforma do Estado e a Constituição Nacional de 1996. Todos estes 31 documentos (12 referentes aos três regimes racistas e 19 referentes ao período pós-partheid) foram submetidos aos processo de análise documental para organização e compilação do conteúdo e a posterior análise de discurso crítica.

Os documentos selecionados para o *corpus* documental são apresentados nos apêndices I e II.

²⁸ Sobre isso, ver SampieTerreblanche (2005), Charles Feinstein (2005), Deborah Posel (2008), Leila Patel (2013), Saul Dubow (2014) e Grace Davie (2015).

2.7 ESTRATÉGIAS DE VALIDAÇÃO DA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO

Uma última preocupação desafia os analistas de discurso de orientação crítica: a validade e a fidedignidade de suas análises, sendo também profundamente críticos a respeito dos muitos métodos desenvolvidos para garantir fidedignidade e validade científica às pesquisas (FIORIN, 2007; POTTER & WETHERELL, 1987 Apud GILL, 2011; KRIEG-PLANQUE, 2011). Os analistas de discurso afirmam que a validade científica do conhecimento não pode ser restrita à aplicação de técnicas de quantificação/objetivação das análises, estranhas a uma transdisciplina crítico-reflexiva (FAIRCLOUGH, 2008; GILL, 2011; VAN DIJK, 2010).

[...] “a validade não é uma mercadoria que pode ser comprada com técnicas... Ao contrário, validade é como a integridade, o caráter e a qualidade que deve ser avaliada em relação a objetivos e circunstâncias” (BRINBERG & MCGRATH, 1985: 13). Os pesquisadores estão iniciando a difícil tarefa de construir um enfoque para a validade, que não se apoie na retórica ou na norma de objetividade para sua discussão (GILL, 2011, p. 266).

Como sempre existem possibilidades alternativas de análise de práticas discursivas, e os analistas de discurso são os primeiros a afirmar isso, os analistas de discurso são sempre desafiados a justificar as estruturas de análise que propõem (KRIEG-PLANQUE, 2011). Para esta questão não há resposta simples ou única, e o que deve ser feito é escolher o modelo de análise que responda melhor ao objeto de estudo e mais adequado às evidências do *corpus* (FAIRCLOUGH, 2008; FIORIN, 2007; GILL, 2011).

Diante dessa questão, os analistas de discurso vêm desenvolvendo novas estratégias para assegurar validade e rigor científico às suas análises, a partir de quatro ponderações (GILL, 2011):

1. Análise de casos desviantes: isto é, o exame de casos que parecem ir contra o padrão identificado. Isto pode servir para desconfirmar o padrão identificado, ou pode ajudar a acrescentar maior sofisticação à análise (GILL, 2011, p. 265).

Sobre isso, no desenvolvimento do estudo foi verificado que existem diversas formas de análise de discurso, mesmo dentro da tradição de estudos de discurso aqui apresentada. Sendo assim, ao considerar esse elemento de validação, o pesquisador considerou que os “casos

desviantes” assim o são não por estarem equivocados, mas por se fundamentarem em outras matrizes teóricas e perspectivas de ciência²⁹.

É importante ressaltar que os estudos de discurso, pelo menos os críticos, não pretendem formar um discurso “único e fechado”, mas apenas analisar criticamente a realidade, tomando o discurso como objeto (FAIRCLOUGH, 2008; KRIEG-PLANQUE, 2011; ROJO, 2004; VAN DIJK, 2010).

2. Os entendimentos dos participantes: como já assinalei anteriormente, uma das maneiras de conferir se nossa análise se sustenta é examinar como os participantes responderam. Isto é mais importante, é claro, em registros de interação, mas mesmo no caso de artigos de jornal, cartas e respostas, isso pode oferecer testes úteis (GILL, 2011, p. 265).

Como o *corpus* documental da pesquisa é verbal, materializado em documentos, a preocupação em como os discursos políticos significam as questões abordadas na pesquisa foi resolvida por meio de leitura continuada do material e criação de notas analíticas no momento de revisão do mesmo. Esse procedimento de validação da pesquisa linguística socialmente orientada foi sintetizado por Alice Krieg-Planque:

A constituição de um *corpus* que seja, cada vez mais *corpus* lido, conhecido, trabalhado, relido, ruminado, revisitado, no tempo, no silêncio, com paciência. Para ver as coisas, é preciso olhar muitas vezes. Nesse sentido é que eu falava há pouco de um trabalho sobre o *corpus* visto como uma prática de leitura. Trata-se, aí, de uma maneira de fazer que evoco na conclusão do meu livro, pela qual podemos nos pôr disponíveis o bastante para apreender os discursos no interior de sua coerência e de suas contradições, naquilo que faz deles sistemas de explicações (KRIEG-PLANQUE, 2011, p. 39).

Além disso, a delimitação e as análises do *corpus* textual foram realizadas unicamente pelo pesquisador. Ocasões em que várias anotações pertinentes à pesquisa foram registradas em fichas de estudo. A comparação das fichas de estudo realizadas em diferentes momentos da pesquisa, sobre os mesmos documentos, serviu para “refinar”, aperfeiçoar as categorizações, análises e a pertinência das fórmulas discursivas.

3. Coerência: trabalho analítico discursivo, como a análise da conversação, está cada vez mais se aproveitando de intuições de trabalhos anteriores. Por exemplo, o conhecimento sobre a efetividade de listas tríplexes, estruturas de contraste, formulação de casos extremos e assim por diante, desenvolveu-se a partir de intuições

²⁹ Sobre os vários discursos sobre a ciência, sua determinação histórica e relação com as estruturas de poder, ver Santos (2010).

de estudos anteriores. Como afirma Potter (1996b), há uma convicção de que cada novo estudo apresenta uma avaliação sobre a adequação de estudos anteriores. Estes novos estudos emprestam coerência, captando algo sobre o discurso que pode ser desenvolvido, enquanto outros provavelmente são ignorados (GILL, 2011, p. 265).

Adotar essa recomendação na pesquisa foi estratégia fundamental. Pois, diferente de outros métodos de pesquisa qualitativa e quantitativa, em que existem manuais e instrumentos de coleta e análise padronizados e avaliados por consensos acadêmicos, os estudos críticos de discurso convidam à criatividade. Todas as estruturas teórico-metodológicas e operativas de estudos críticos de discurso aqui apresentadas foram retiradas de obras de autores com reconhecida produção nessa área e adotados nas ciências sociais e humanas pertencentes à teoria crítica.

Sendo assim, o esforço do pesquisador foi de aprender sobre os estudos críticos de discurso e identificar e utilizar os conceitos e estratégias mais adequados à análise dos discursos políticos considerados. Diante disso, os procedimentos de análise de discurso foram aperfeiçoados no decorrer da pesquisa, ajustando-se ao avanço na literatura, aos achados de pesquisa e à necessidade de adequação ao objeto.

4. As avaliações dos leitores: a maneira mais importante, talvez, para controlar a validade do analista, é a apresentação dos materiais que estão sendo analisados, a fim de permitir aos leitores fazer sua própria avaliação e, se eles quiserem, apresentar interpretações alternativas. Onde os editores acadêmicos permitem, os analistas de discurso apresentam transcrições completas aos leitores. Quando isso não é possível, passagens extensas serão sempre apresentadas. Nesse sentido, a análise de discurso é mais aberta que quase todas as outras práticas de pesquisa, que invariavelmente apresentam os dados “pré-teorizados” ou, como na pesquisa etnográfica, pedem-nos para fazer observações e interpretações baseados na confiança (GILL, 2011, p. 265).

Para possibilitar que os leitores da tese façam suas interpretações, passagens inteiras dos discursos analisados foram apresentadas/citadas de forma direta, no idioma original, o inglês ou, quando eram documentos muito extensos e com conteúdos importantes para a análise do objeto, foram compilados em quadros e traduzidos do inglês para o português.

Estas extensas citações poderão tornar a leitura dos resultados da pesquisa cansativa, mas asseguram que não seja rotulada de “logocentrada³⁰” ou “nominalista³¹”, termos que, segundo Alice Krieg-Planque (2011) e Teun A. Van Dijk (2010), pesquisadores de outras áreas utilizam para (des)classificar os estudos de discurso, especialmente os estudiosos que desconhecem ou negam a complexidade e as contradições da realidade histórica e humana e/ou optam por submeter os fenômenos sociais à epistemologia das ciências da natureza e ao positivismo (SANTOS, 2010).

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

O desenho do projeto de pesquisa e o seu desenvolvimento atenderam às recomendações da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde (CNS), a qual estabelece as normas para a pesquisa com seres humanos e a preservação dos direitos dos participantes das pesquisas.

A pesquisa não envolveu seres humanos, geração de dados primários e nem a utilização de documentos privados, que não pareciam viáveis ou necessários, já que o estudo tomou como *corpus* documentos oficiais e técnicos tornados públicos e bibliografia indexada. Portanto, não foi necessária a solicitação de anuência para comitês de Ética em Pesquisa e nem a permissão para utilizar documentos privados.

³⁰ O logocentrismo é uma corrente do pensamento filosófico que assume uma postura apologética em relação a um racionalismo que se pretende universal, sendo, portanto, etnocêntrico. O conceito foi amplamente trabalhado pelo filósofo francês Jacques Derrida (Charaudeau, 2011).

³¹ O nominalismo é uma corrente filosófica que nega radicalmente a existência do universal. Segundo os nominalistas, o universal não existia nem no mundo das coisas e nem no mundo do pensamento (GILL, 2011).

3 O CONTEXTO DE PRODUÇÃO DO DISCURSO POLÍTICO NA ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID

3.1 A NATUREZA DA TRANSIÇÃO À DEMOCRACIA: O TRANSFORMISMO POLÍTICO DO ANC E A SUPREMACIA NEOLIBERAL

Desde o início da exploração colonial da área onde hoje se encontra Cape Town, em 1652, pela *Dutch East India Company*, a História da África do Sul é atravessada por relações de segregação política, econômica e cultural baseadas nas ideologias racistas e de supremacia branca, sendo a racialização da ultra exploração da força de trabalho negra e não-branca, e sua estruturação via sistema colonial e de Estado³², elementos centrais a uma análise crítica da formação social; das expressões da questão social e da constituição de um sistema de bem-estar social que reflete e, para alguns, reproduz a estratificação por classe e raça do país que, na contramão da história, instituiu um capitalismo racial³³.

Este capitalismo racial que, baseado em ideologias religiosas, no racismo científico e cultural e no nacionalismo *africâner*, instituiu um sistema de racismo total fundamentado na exploração extrema da força de trabalho negra e na destituição dos direitos políticos, civis e sociais dos sul-africanos negros (ARENDDT, 2012; DAVIE, 2015; FEINSTEIN, 2005; SEEKINGS & NATTRASS, 2005; SEEKINGS & MOORE, 2013; TERREBLANCHE, 2005; WIEVIORKA, 2007).

³² Uma característica da economia política da África do Sul foi o papel central desempenhado pelo Estado neste sistema de exploração da força de trabalho negra e opressão contra os que não possuem o padrão de branquitude fenotípica idealizado por uma série de regimes racistas. A mobilização, distribuição e controle da força de trabalho negra e o sistema de privilégios aos brancos foram materializados pelo Estado. À maioria sul-africana foram negados todos os direitos civis e políticos (DAVIE, 2015; TERREBLANCHE, 2005). Aos sul-africanos negros não era permitido formar partidos políticos ou sindicatos, e foi apenas em 1994 que os sul-africanos negros votaram pela primeira vez em uma eleição geral (HEAD, 2010). Mesmo que sob discursos e ideologias racistas, o Estado sul-africano, desde os primórdios da sua formação, esteve comprometido com a valorização do capital, sendo a organização política da classe trabalhadora branca e dos nacionalistas africâneres a particularidade política que compatibilizaria relações capitalistas modernas com extrema segregação racial no trabalho e na vida política.

³³ O caso sul-africano, mesmo com a singularidade extrema da ideologia totalitária racista, expressa a relação de unidade entre Estado, a forma política burguesa, e a apropriação privada da riqueza socialmente produzida que fundamenta a sociabilidade capitalista (HART, 2013).

Como aponta Charles Feinstein (2005), a História Econômica da África do Sul é profundamente influenciada pelo legado da interação entre força de trabalho e recursos minerais. Nesse sentido, mais do que a existência de expressivos recursos minerais e da alardeada “revolução mineral”, que viria ocorrer mais de dois séculos depois da chegada dos primeiros colonos europeus, a presença de aproximadamente 1,5 milhões de africanos negros com domínio de instrumentos de produção e recursos como terra e rebanhos reavivou a cobiça dos primeiros colonos holandeses, os *bôeres*, ainda na segunda metade dos anos 1600.

Os holandeses se tornaram *bôeres* quando assumiram para si o “destino” de serem os senhores das terras, dos rebanhos e da força de trabalho dos povos africanos, categorizados em “raças negras” a partir de narrativas religiosas, do racismo científico e do cultural (ARENDDT, 2012; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005). Brutalizados pela violência que a ideologia de supremacia racial europeia trazia consigo, os negros, os indianos e os *coloured*, mas especialmente os primeiros, foram destituídos dos direitos políticos, civis e sociais que se apresentaram, ao longo da história, como o maior instrumento de combate à segregação racial (WIEVIORKA, 2007), mesmo que reconhecendo os hiatos entre igualdade formal e igualdade real.

Um século depois da invasão holandesa, o número de sul-africanos negros era de aproximadamente 4 milhões. A presença desse expressivo número de autóctones era um fato único no arquipélago colonial europeu britânico, como os Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, onde a população nativa inicial era menor e ainda declinou com o passar do tempo da ocupação europeia (FEINSTEIN, 2005).

Enquanto os sul-africanos negros foram sendo destituídos de suas terras e gado ao longo dos séculos XVII, XVIII e XIX para os colonos ingleses e africâneres, por meio de medidas legislativas e da violência das migrações dos *afrikaners* para o interior do país, realizada para fugir da dominação política inglesa nas antigas províncias do Cabo e de Natal e fundar nações sob o domínio *bôer*³⁴, todo o sistema e modo de vida e de produção das nações autóctones eram

³⁴ Esses assentamentos deram origem às colônias afrikaners de Orange Free State e Transvaal, posteriormente.

destruídos pelo genocídio, pela escravização ou, simplesmente, pela destituição da identidade nativa dos negros e negras. Estes homens e mulheres, sobretudo nas províncias dominadas pela comunidade africâner, eram tratados como propriedade das famílias brancas, enquanto eram tratados como servos nas colônias sob domínio inglês. Nos dois cenários, os negros representavam a força de trabalho, enquanto os brancos representavam os senhores. O uso sistemático da violência, da espoliação material e simbólica e a destituição dos negros sul-africanos de 93% das terras do seu país, no começo do século XX, foram determinantes para que essa população, que equivalia a 60% do total, só tivesse como opção a venda da sua força de trabalho nos grandes centros urbanos, onde o trabalho era menos cruel e melhor remunerado do que nas fazendas. A existência de uma grande demanda por força de trabalho nas minas de ouro e diamantes fez com que eles tivessem que concorrer, desde 1867, início da revolução mineral, com os trabalhadores pobres *afrikaners* que não conseguiam mais terras livres no interior do país, já completamente dominadas pelo latifúndio africâner. Em busca de oportunidades nas cidades e nas zonas auríferas e diamantíferas, os brancos pobres da comunidade africâner não aceitavam ter que competir com os negros no mercado de trabalho e muitos não aceitavam nem mesmo o fato de terem que dividir o espaço de trabalho com trabalhadores que não fosse de origem europeia (FEINSTEIN, 2005; POSEL, 2012; TERREBLANCHE, 2005).

A força do nacionalismo africâner se tornou uma força política quando eles assumiram um discurso político reacionário, a partir da ideia de constituírem um povo branco na África do Sul, sem nenhuma ligação com uma nação ou Estado europeu (ARENDRT, 2012; DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005). Para se organizar enquanto sujeito coletivo, a classe trabalhadora africâner, que sempre foi a maior comunidade branca do país, criou associações e partidos políticos na defesa da causa africâner contra a maioria negra da população e contra o poder político e econômico da comunidade britânica, criando em 1915, cinco anos depois da independência Sul-africana, o *National Party*, o Partido Nacional, cujas ideologias reacionárias, racistas e nacionalistas representavam as matrizes discursivas que orientariam o Estado sul-africano e todas as esferas da vida social por 46 anos. Os efeitos deletérios da crise capitalista de 1929 sobre a classe trabalhadora africâner fizeram o nacionalismo se exarcebar, sobretudo, porque os negros, uma mão de obra bem

mais barata e tão capacitada quanto a maioria dos brancos, estava progressivamente assumindo postos de trabalho e se estabelecendo nas cidades. Este era o cenário perfeito para atacar o liberalismo amplamente defendido pela elite da comunidade britânica e as estruturas de coalizão política entre britânicos e africanos nas eleições nacionais. Então, nas eleições gerais de 1948, o Partido Nacional se desfez da coalizão com o *Labour Party*, o Partido Trabalhista, iniciada em 1924, e se lançou como um partido da causa africano e de fortalecimento da proteção aos trabalhadores brancos, contra o liberalismo e contra a concorrência dos negros no mercado de trabalho. Estas propostas, obviamente, tiveram grande aceitação entre a classe trabalhadora branca, levando o Partido Nacional ao poder, tornando o seu discurso nacionalista, segregador e racista o discurso do Estado. Essa considerável transformação no cenário político sul-africano teve implicações severas sobre a classe trabalhadora negra sul-africana que, por quase meio século, viria a ser a mais intensamente explorada e destituída de todo o mundo.

Em 1948, ano em que o racismo virou regime de Estado na África do Sul, por meio da eleição que levou o Partido Nacional ao governo do país, o Conselho Mundial das Igrejas, organização ecumênica das Igrejas Protestantes, declarou que, por uma questão de justiça social, os países capitalistas industrializados deveriam beneficiar e contribuir para o desenvolvimento das forças produtivas e meios de produção das sociedades africanas e asiáticas. O Documento também afirmava que o espólio das riquezas e a destituição dos povos locais deveria parar.

A essa Declaração, uma das mais importantes vozes do neoliberalismo do século XX, o economista e filósofo ucraniano Ludwig Von Mises respondeu:

A verdade é que a acumulação de capital e seu investimento em máquinas, a fonte da riqueza comparativamente maior dos povos ocidentais, deve-se exclusivamente ao capitalismo *laissez-faire*, que o mesmo documento das Igrejas veementemente deturpa e rejeita no campo moral. Não é culpa dos capitalistas se os asiáticos e os africanos não adotaram as ideologias e políticas que teriam tornado possível a evolução do capitalismo nativo. Também não é culpa dos capitalistas se as políticas dessas nações impediram as tentativas dos investidores estrangeiros no sentido de dar-lhes “os benefícios de uma maior produção industrial”. Ninguém nega que o que torna centenas de milhões de pessoas na Ásia e na África necessitadas é o fato de elas se apegarem a métodos primitivos de produção e de perderem as vantagens que o emprego de melhores ferramentas e de tecnologia atualizada lhes poderia conferir. Existe apenas um caminho para aliviar sua miséria – ou seja, adoção total do capitalismo *laissez-faire*. Eles necessitam é da empresa privada, da acumulação do novo capital, de capitalistas e empresários. É absurdo culpar o

capitalismo e as nações ocidentais capitalistas pelas condições que os povos atrasados criaram para si próprios. A solução indicada não é a “justiça”, mas a substituição de políticas doentias por políticas sadias, ou seja, pelo *laissez-faire* (VON MISES, 2013, p. 118-119).

Parece que Ludwig von Mises escolheu ignorar a história das relações entre o ocidente capitalista e a África. Relação marcada pelo tráfico negreiro, pelo imperialismo, pelo racismo e pela destruição de direitos e serviços ocasionados pelas políticas de ajuste neoliberal (CHINWEIZU, 2011; SATGAR, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012). Esse conjunto contínuo de relações de exploração também foi ignorado (in)voluntariamente pelas ideologias produzidas ou adotadas pelas elites políticas e econômicas dos países africanos nas décadas seguintes à libertação nacional e desenvolvimento de experiências pan-africanistas, socialistas e de inspiração marxista que se seguiram à década de 1960 (CHANAIWA, 2011).

No clássico do pensamento pós-colonial, *Os Condenados da Terra*, Frantz Fanon (1968) revela que, além da permanência de políticas econômicas que subalternizavam as economias africanas e asiáticas, após a onda de independências iniciada na década de 1960, e que romperam com a dimensão política do colonialismo, as políticas de austeridade social acompanharam os processos de emancipações políticas nacionais. A incipiente rede de serviços básicos, profundamente concentrada nos enclaves coloniais urbanos, as cidades, foi rapidamente desmontada pelos partidos de libertação nacional na maioria das nações recém-libertas do colonialismo europeu.

Sendo assim, a África não precisou esperar pela hegemonia neoliberal para vivenciar a retirada do Estado das responsabilidades de reprodução social (serviços, políticas sociais e sistemas de proteção). As elites locais, organicamente vinculadas a projetos societários alheios às necessidades sociais da maioria das sociedades e nações africanas, sobretudo das que viviam nas áreas rurais, rapidamente livraram o Estado e o capital dos encargos sociais (DAVIE, 2015; DAVIS, 2006; FANON, 1968).

Nem mesmo as expressões de um “liberalismo embutido”, que experimentaram países da América Latina, a partir da criação de sistemas de bem-estar mais ou menos extensos, foi uma

realidade na África do século XX. O desigual desenvolvimento geográfico do capital colocou o continente em um lugar de marginalidade no tocante à proteção social do trabalho e da cidadania, mais do que em qualquer outra região (DAVIE, 2015; DAVIS, 2006; HARVEY, 2007, 2008; GOUGH et al, 2004). O espólio das antigas colônias africanas assumiu um papel central no processo de acumulação primitiva capitalista (FANON, 1968), função que parece ter sido preservada na atualidade, em tempos de acumulação por espoliação (HARVEY, 2005), mas com “novos atores do sul”. Sob uma superfície discursiva de governos neodesenvolvimentistas e da chamada “cooperação sul-sul”, novos atores vêm subalternizando o continente (CHINWEIZU, 2011; TERREBLANCHE, 2012).

No atual contexto de crise das antigas potências capitalistas, o espólio de *commodities*, riquezas minerais, patrimônio ecológico único, e abundante, barata e desprotegida força de trabalho africana são compartilhados por multinacionais de países neo-desenvolvimentistas como Índia, China e Brasil (HARVEY, 2011; SATGAR, 2013; TERREBLANCHE, 2012). Nesse sentido, Chinweizu (2011) aponta para um verdadeiro neocolonialismo chinês no continente. A recente publicação da obra *China's Second Continent: how a million migrants are building a new empire in Africa* (2014), de autoria de Howard French, evidencia o destino e a natureza predatória e pauperizadora dos projetos de acumulação chinesa na África, uma realidade facilmente encoberta pelo discurso da harmonia da cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento econômico.

O Brasil, representado pelas suas multinacionais, também é apontado por Sampie Terreblanche (2012) e French (2014) como um dos novos agentes de acumulação de capital e exploração da barata e desprotegida força de trabalho africana, majoritariamente negra, nas antigas colônias portuguesas do continente.

Os autores também apontam que, a partir dos anos 2000, os países emergentes, integrantes do bloco dos BRICS³⁵, e as potências capitalistas ocidentais inauguraram uma nova fase de acumulação de capital no continente, em que o capitalismo de Estado da China, o capitalismo financeiro neoliberal norte-americano e europeu (em suas diferentes nuances, mais ou menos

³⁵ Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

liberais), e o capitalismo de Estados Neodesenvolvimentistas como China, Índia e África do Sul vêm concorrendo por nichos de acumulação de capital, seja por meio da exploração direta da força de trabalho e da natureza, seja pela acumulação por espoliação de direitos. Mas a História recente do poder do capital sobre os sistemas econômicos e políticos do continente africano remonta a períodos anteriores aos anos 2000.

Muito do que Von Mises e os discursos racistas, conservadores, reacionários e neoliberais apresentaram como ideologias inquestionáveis durante o século XX, foi implantado e/ou está em desenvolvimento nas frágeis democracias e ditaduras africanas há mais de 30 anos. O *laissez-faire* das reformas neoliberais, os programas de austeridade e ajuste estrutural, iniciados na década de 1980, garantiram e ainda garantem o lugar do livre mercado no continente. Além disso, a modernização dos meios de produção não foi acompanhada de uma equiparação aos países do Norte, e nem poderia, dada a natureza profundamente desigual do intercâmbio material entre os centros do capital e a África (BOND, 2014; CHINWEIZU, 2011; HART, 2013; SATGAR, 2013). Frustrando as expectativas de Von Mises e demais neoliberais, a combinação entre livre mercado, burguesia (local e/ou estrangeira) e privatizações resultou em um continente ainda mais pobre³⁶. Tão pauperizado que, em 1984, a África era o único continente incapaz de alimentar seus habitantes.

O “problema africano” não residia na produção, mas na intensidade da apropriação privada da riqueza socialmente produzida. Aos burgueses e elites políticas pós-coloniais dos mais de 40 países que implantaram os Programas de Ajuste Estruturais (PAEs) não interessava alimentar o excedente humano de classes e grupos sociais “traídos pelo Estado” (DAVIS, 2006). As reformas neoliberais, em sua pluralidade de formas e conteúdo, garantiram a manutenção ou a restauração do poder das classes e grupos dominantes, possibilitando o surgimento de uma burguesia nacional

³⁶ O caso africano evidencia a solidez da crítica de Gosta Esping-Andersen (1995) à racionalidade industrialista hegemônica durante o século XX na análise dos sistemas de bem-estar. Para esta corrente, existiria uma relação linear/causal entre industrialização, modernização dos meios de produção e formulação de serviços e políticas sociais. Quanto mais intensa a industrialização, mais extenso seria o *welfare state*. No sentido contrário, (HARVEY, 2007, 2008, 2011; HIRSCH, 2010), a história recente nos mostra que é possível acumular capital intensificando a espoliação do Estado de Bem-Estar Social.

onde ela não existia (HARVEY, 2008, 2011; TERREBLANCHE, 2012), geralmente relacionada diretamente aos partidos de libertação nacional (MASHELE, 2011). Mesmo diante das emancipações políticas em relação aos antigos centros metropolitanos, a subalternidade econômica ao capital das grandes multinacionais evidenciou que o imperialismo econômico funciona independente da bandeira cravada no território (CHINWEIZU, 2011; DAVIS, 2006; HARVEY, 2011).

Nem mesmo a África do Sul, o país mais rico do continente durante todo o século XX, e, atualmente, o terceiro mais rico, ficando atrás da Nigéria e do Egito, uma das nações mais industrializadas e modernas do mundo, historicamente comprometida com a preservação da hegemonia do capital e na contenção de projetos comunistas, socialistas e pan-africanistas na África Austral, durante todo o período da guerra fria, saiu ilesa à crise capitalista de 1973 (TERREBLANCHE, 2005; NATTRASS, 2005).

Além da crise sistêmica do capital, que pôs fim a décadas de crescimento econômico da economia sul-africana, o esgotamento da ajuda financeira americana, britânica e da Alemanha Ocidental, para a manutenção do “cordão sanitário” anticomunista na África Austral, e as sanções internacionais contra o *apartheid* e as empresas nacionais, limitavam a acumulação de capital sob o regime segregador (DAVIE, 2015; HART, 2013; SATGAR, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Ao mesmo tempo, o contexto nacional, a partir dos anos 1970, era de revoltas civis e dos grupos armados (guerrilhas) pelo fim do regime (PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2005). Estes levantes tornaram o país ingovernável e a instabilidade política representava um risco à acumulação de capital no país (BOND, 2014; CHINWEIZU, 2011; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012).

No fim dos anos 1980, a ação coletiva (armada ou pacífica) dos africanos negros e demais grupos progressistas também criou um contexto favorável ao *African National Congress*, o Congresso Nacional Africano,³⁷ (ANC), ao South African Communist Party, (SACP), o Partido

³⁷ O ANC foi criado, enquanto movimento social, em 1912 e tornou-se partido político oficialmente registrado apenas em 1994, para concorrer na eleição presidencial realizada naquele ano. Atualmente, é o mais poderoso partido político sul-africano. Ele iniciou suas atividades na defesa dos direitos políticos e civis da maioria negra do

Comunista Sul-Africano, e à Central Sindical Sul-Africana, o *Congress of South African Trade Unions* (COSATU), todos submetidos à clandestinidade pelo regime autocrático racista, para proporem profundas transformações na estrutura política, social e econômica do país³⁸, mesmo que dentro dos limites do Estado capitalista³⁹.

Com o processual desmantelamento do regime do *apartheid*, no fim da década de 1980, e a conquista da presidência por Nelson Mandela, após as eleições livres de 1994, em uma transição conduzida pelo poder corporativo das multinacionais e pelo poderoso “complexo mineral-energético” do país (BOND, 2014; DAVIE, 2015; FEINSTEIN, 2005; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012), os negros sul-africanos, que Chinweizu (2011) considera o grupo mais explorado e destituído de direitos do Século XX, testemunharam o transformismo das lideranças e, conseqüentemente, do discurso político do ANC. O “partido da libertação” passou a negar muitos dos elementos apresentados em sua “Carta da Liberdade”, de 26 de junho de 1955: a socialização do poder político e, especialmente, do poder econômico passou a ocupar um “não lugar” no discurso político do ANC e, conseqüentemente, nas políticas sociais e econômicas do Estado Pós-*apartheid*.

país, logo após a instauração da União Sul Africana, em 1910, e é o mais antigo partido de libertação nacional do continente africano (TERREBLANCHE, 2005). Embora seja formado, majoritariamente, por negros, o ANC tradicionalmente, não fundamentou suas ações nos pensamentos de negritude. O “partido da libertação” desenvolveu análises marxistas da formação social sul-africana dos três séculos de colonialismo e capitalismo racial, baseados na exploração da força de trabalho negra, e em um ativismo orientado ao socialismo e ao pan-africanismo (JARA, 2013; CHINWEIZU, 2011). Uma expressão clara da concepção de mundo do ANC, ao menos enquanto foi um movimento social de libertação, é o seu documento mais conhecido, a *Freedom Charter*, “A Carta da Liberdade”. Nela está manifesta a orientação socialista e não-racializadora do projeto de emancipação política da África do Sul. A análise ideológica e política desse documento deixa claro que a utopia do ANC era a tomada do poder do Estado e não a superação do mesmo.

³⁸ As décadas de 1970 e 1980 foram o momento em que um importante movimento da classe trabalhadora sul-africana se organizou contra o regime de exploração e adquiriu uma direção política enquanto “classe para si” (DAVIE, 2015; HART, 2013; HARVEY, 2008, 2011).

³⁹ Segundo Terry Eagleton (2012), até um regime autocrático, como foi o do *apartheid*, precisa contar com um mínimo de consentimento pacífico por parte dos seus governados. Para o autor, não se pode encarcerar todo mundo e nem por todo o tempo. Por mais cruel, lucrativo e homicida que tinha sido o regime de segregação, ele reconheceu que não dava mais para continuar, por sua incapacidade de criar o consenso e a legitimidade políticos necessários à sua reprodução enquanto sistema político e de garantir a reprodução ampliada do capital.

Na Carta de Liberdade, um documento marco político-ideológico da resistência negra e de um novo projeto de Estado e sociedade, o ANC se comprometeu com reformas estruturais, fundamentais à maioria negra, como a propriedade pública dos vastos recursos naturais, especialmente minerais, a redistribuição das terras para as nações nativas, a transferência da propriedade das indústrias e dos bancos ao povo sul-africano, entre outros elementos característicos de reformas estruturais. É interessante notar que esse Documento não exclui a população africâner, ou de origem britânica e demais descendentes de europeus beneficiados pelo racismo de Estado, da distribuição da riqueza nacionalmente produzida, defendendo a extensão do bem-estar social e do poder político a todos os sul-africanos, independente de raça/etnia.

Após 21 anos do fim do *apartheid*, as possibilidades de o Estado sul-africano ao menos controlar o aprofundamento das três principais expressões da questão social: pobreza, desemprego e iniquidades, a tríade de refrações da questão social que Sampie Terreblanche (2012) denomina de *PUI problems (Poverty, Unemployment and Inequalities)*, parecem distantes. Embora tenha ocorrido a desracialização do Estado e do sistema político, a estrutura socioeconômica do *apartheid* foi fundamentalmente preservada (CHINWEIZU, 2011; PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2005, 2012). Mas entender a realidade contemporânea sul-africana remete à volta ao passado próximo, o da hegemonia das ideologias neoliberais e da construção de coalizões políticas entre sujeitos sociais, que por séculos foram impensáveis.

Este movimento analítico de recurso à história econômica e social, presente no trabalho de alguns intelectuais sul-africanos e/ou que estudam a natureza política da transição do capitalismo supremacista africâner-inglês, nos três primeiros sistemas econômico-políticos da África do Sul, ao capitalismo afro-neoliberal, que predomina no período democrático, se dá no sentido de caracterizar e compreender a natureza de classe desse processo histórico ainda em curso. Assim como, identificar as transformações políticas nacionais e globais que impactaram nos momentos finais do *apartheid* e a magnitude das principais expressões da questão social: os *PUI problems*. Mas diante da complexidade desse processo, e das diversas possibilidades de análise do mesmo, por meio de “chaves de análise” como: a supercapitalização das políticas sociais e o Estado Gerencial, o esforço dessa pesquisa doutoral é caracterizar esse processo, demarcando as relações

de poder, os transformismos ideológicos, o contexto e a formulação dos discursos políticos sobre quais são e/ou deveriam ser os papéis do Estado, do Mercado e da classe trabalhadora negra no “país arco-íris”. Neste sentido, resgatar os acontecimentos e processos políticos que garantiram a reprodução do capital e a continuidade, quase que total, da estrutura econômica do *apartheid* e, conseqüentemente, dos *PUI problems* em 21 anos de democracia é um esforço fundamental. É importante recordar que, historicizar as relações de poder entre e intraclasses, que Bakhtin denomina de referente sógnico, e as ideologias em disputa, mobilizadas em signos verbais, são partes fundamentais de uma análise de discurso crítica bakhtiniana, em que os sentidos dos signos são predominantemente extra-discursivos e determinados pelos lugares sociais de poder e classe dos sujeitos do discurso.

A integração do país na estrutura do capitalismo financeiro mundializado, a partir de 1986, ainda no governo do Partido Nacional, por meio do Programa de Ajuste Estrutural (PAE) e de reformas orientadas à mercantilização das políticas e serviços sociais (TERREBLANCHE, 2005, 2012; SITAS, 2010), processo que Harvey (2005) denomina de “acumulação por espoliação de direitos”, aprofundaram a pauperização da maioria negra. A adoção de correntes neoliberais fundamentalistas e políticas de livre mercado, que agudizaram o desemprego e a desindustrialização do país, combinadas a iniciativas residuais de intervenção na extrema pobreza, por meio de programas de transferência de renda, as *social grants*⁴⁰ (subvenções sociais), e da

⁴⁰ Para uma significativa caracterização dos programas e grupos sociais que são objeto da transferência de renda, ver o trabalho de Jeremy Seekings e Elena Moore (2013) e o livro *Poverty Knowledge in South Africa*, de autoria de Grace Davie (2015). Os sete principais tipos de *social grants* pagas e gerenciadas pela *South African Social Security Agency (SASSA)*, a Agência de Seguridade Social da África do Sul, a partir do *Social Assistance Act* de 2004, seus valores e critérios de acesso se encontram no site: <http://groundup.org.za/article/everything-you-need-know-about-social-grants> 820. Desde já, é válido pontuar que nenhuma das *social grants*, atinge o valor necessário para a garantia de acesso às necessidades básicas de um agregado familiar de 5 pessoas, que, de acordo com o STATSSA (2014) e Neil Coleman (2013) seria de aproximadamente 4.700 a 5.000 rands, sendo a mais alta delas, a *war veterans grant*, de apenas 1.430 rands. Obviamente, diante da tradição liberal do sistema de bem-estar sul africano, os valores e a titulação das *social grants* são individuais, desconsiderando o desemprego estrutural e a realidade de os pensionistas serem, geralmente, os provedores de todo um agregado familiar, principalmente quando estes pensionistas são mulheres. Mesmo a mais difundida das grants, a *child support grant*, que, semelhante à brasileira “Bolsa Família”, almeja garantir o acesso e permanência de crianças e adolescentes na escola e os cuidados primários por parte do grupo familiar, têm valores muito baixos, 330 rands mensais, se comparado à renda individual necessária para satisfazer necessidades humanas básicas como

formação de um *welfare mix*, que garante um nicho de acumulação ao mercado na provisão de serviços sociais, não vêm respondendo ao nível e às novas expressões de pauperização.

Esta “nova pobreza”, resultante de mais de 350 anos de sistema colonial segregacionista e de um capitalismo pigmentocrático, desafia o Estado, os esquemas de bem-estar privados e públicos, as organizações da classe trabalhadora e os movimentos sociais. Até mesmo compreendê-la, em suas expressões e profundidade, permanece um desafio (DAVIE, 2015; SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2012).

Mas, a História evidencia que a baixa socialização da riqueza e da política encontrada na África do Sul Pós-*apartheid* é resultado de coalizões entre frações do capital nacional e internacional e, posteriormente, de formação de uma nova fração de burguesia, negra, alinhada discursiva e ideologicamente ao neoliberalismo e a sua variante desenvolvimentista.

Estes novos e velhos sujeitos sociais, que tecem as relações de poder na África do Sul democrática têm dado continuidade, sob formas diversas, à relação social fundante da sociedade sul-africana. Esta relação de poder, de destituição e exploração, iniciada pelos sistemas coloniais holandês e britânico, perpetuada pelo regime racista e ultra explorador da União Sul-Africana e aprofundado pelo nacionalismo africâner e pela ideologia do desenvolvimento em separado do *apartheid*, é a centralidade da exploração da força de trabalho negra.

A minoria branca, que chegou ao poder nacional em 1948, comprometida com a acumulação de riquezas e com o “empoderamento” da força de trabalho dos europeus pobres, majoritariamente africâneres, a partir de discursos racistas e racializadores, parece ter sido questionada pela universalidade da sociabilidade a que servia. A acumulação de capital, que, não sem conflitos, conviveu entre 1948 e 1973 com as medidas de proteção à classe trabalhadora branca, especialmente os trabalhadores africâneres e suas famílias, logo foi questionada. Como será visto, os termos da transição à democracia também foram determinados por pressões externas,

alimentação. Segundo os estudos do STATSSA (2015), ajustados aos preços do ano de 2014, o mínimo mensal por indivíduo criança, jovem ou adulto na África do Sul seria de 946 rands.

e não apenas dos movimentos de protesto da classe trabalhadora negra, mas também do próprio setor de negócios, que tanto havia lucrado com o *apartheid*. A crise capitalista de 1973, e, principalmente, os acontecimentos nacionais e internacionais de 1986 parecem ter moldado a realidade da África do Sul Democrática (DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005; SPARKS, 1996).

No fim da década de 1980, o Complexo Mineral Energético – *Mineral Energetic Complex (MEC)*⁴¹, e outras corporações presentes na África do Sul, estavam cientes de que a contrarrevolução neoliberal nos Estados Unidos da América garantiu grandes poderes às corporações multinacionais, como a liberdade e o espaço para estender, de maneira legal ou ilegal, suas operações mundialmente. Enquanto as corporações americanas e europeias estavam livres e empoderadas, ainda na década de 1980, para operar globalmente, o setor corporativo sul-africano estava privado de oportunidades para resolver sua grave crise de lucros através de projetos globais

⁴¹ O *Mineral Energetic Complex (MEC)*: o “Complexo Mineral Energético”, citado por Sampie Terreblanche (2012), Gracie Davie (2015), Gilian Hart (2013), Patrick Bond (2014) e Charles Feinstein (2005) e demais intelectuais críticos, como o sujeito político e econômico que hegemoniza a História do país desde o fim do período colonial, não corresponde a uma instituição ou uma organização formal. Ele representa frações da burguesia sul-africana e internacional comprometidas com a acumulação de capital, por meio da exploração da riqueza mineral da África do Sul e de outros países da África Austral, combinada à intensa exploração da força de trabalho negra nativa, reduzindo em níveis pífios os custos do capital variável na produção mineral. Desde o fim do *apartheid*, as taxas de lucro do MEC são crescentes (HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012) e, segundo Anthony Butler (2004), esta fração da burguesia concentra mais de 40% da riqueza do país e teve sua origem ainda no período colonial, atingido níveis extremos de acumulação de capital por meio da exploração da *unfree black labour force* – força de trabalho negra destituída de direitos de cidadania (DAVIE, 2015) e da submissão dessa força de trabalho negra a níveis de exploração e pauperização que explicam o nível das iniquidades entre as raças no país. O papel dos MEC na organização dos serviços de saúde na África do Sul também é notável, por ter induzido a construção de uma extensa rede assistencial e hospitalar em torno das áreas de exploração mineradora, obviamente segregada por raça e classe, em que os trabalhadores brancos contavam com atendimento médico moderno, ocidental e continuado, enquanto os trabalhadores negros eram geralmente enviados para serem tratados ou morrerem junto as suas famílias, nas áreas designadas para negros na África do Sul. Sobre isto ver o trabalho de van Rensburg (2012), especialmente o capítulo 2. Na atualidade, além de proprietário e/ou acionista de grande parte dos seguros e unidades privados de saúde na África do Sul democrática, o MEC tem investimentos em setores que assumiram primazia no país desde a democratização e do ajuste neoliberal, como o de serviços e o setor financeiro. Esta aliança entre mineração e finança é constantemente relacionada à fuga ilegal de capitais do país (FEINSTEIN, 2005).

de acumulação⁴². Para o Complexo Mineral-Energético e o restante do setor corporativo, esta realidade era extremamente frustrante, mas, a partir da segunda metade da década de 1980, mobilizaram seu poder político e econômico em uma coalizão de forças que determinaria a realidade da África do Sul contemporânea.

Segundo Sampie Terreblanche (2005, 2012), Patrick Bond (2014), Grace Davie (2015) e Vishaw Satgar (2013), os acontecimentos pós-crise de acumulação de 1973 foram determinantes na transformação do país em uma democracia, e nos aspectos qualitativos dessa democracia, que persistem e se reproduzem na África do Sul contemporânea. Para os autores, as mais de quatro décadas de transformações nos sistemas políticos e econômicos que se seguiram a essa data não correspondem a eventos isolados da história nacional, mas são parte de uma reconfiguração do sistema capitalista em escala global. Esta teve expressivos efeitos sobre a acumulação de capital e a dominação política da minoria branca, em escala local, e esta reconfiguração das relações de poder afirmou a hegemonia estadunidense e, conseqüentemente, a supremacia do ideário e dos discursos neoliberais em sua pluralidade, em escala global.

Para David Harvey (2011) e Sampie Terreblanche (2012), a situação de destruição na Europa após a Segunda Guerra Mundial criou a oportunidade para os Estados Unidos consolidarem a sua liderança sobre os países da Europa Ocidental. A supremacia estadunidense levou “aos anos dourados do capitalismo” socialdemocrata nos países do Atlântico Norte. Neste mesmo período, a economia sul-africana floresceu e se diversificou. O país se tornou um dos mais industrializados do mundo, porém, em decorrência da divisão racial do trabalho e da espoliação política, simbólica e material a que os não brancos estavam submetidos, apenas a minoria branca foi beneficiada pela rápida expansão econômica e pelo desenvolvimento das forças produtivas.

Esse modelo de capital, vivenciado pelos países do norte capitalista, que combinava incentivos à acumulação de capital e proteção social à classe trabalhadora e/ou como direito de

⁴² Na década de 1980, além da crise estrutural do capital de 1973, o setor corporativo sul-africano tinha a sua crise de acumulação de capital agravada pela instabilidade política e pelas sanções internacionais aos produtos e empresas do país, por conta do regime do *apartheid* (TERREBLANCHE, 2005; SITAS, 2010).

cidadania começou a se mostrar decadente, a partir da segunda metade da década de 1960, apresentando taxas de crescimento mais modestas e uma maior resistência dos Estados nacionais em destinar recursos do fundo público aos sistemas de proteção ao trabalho e políticas sociais (HARVEY, 2011; PEREIRA, 2011). Essa crise nas taxas absolutas de lucro teve seu ápice em 1973, e levou os Estados Unidos a perder sua posição triunfalista frente aos países capitalistas centrais e periféricos e frente aos países de economia planificada do bloco socialista, pela evidente decadência do modelo keynesiano-fordista.

A crise capitalista de 1973 veio acompanhada nos Estados Unidos de dois importantes processos sociais: a chamada revolução tecnológica e rápido desenvolvimento de campos como a informática e a telemática, utilizadas como instrumentos de produção⁴³; e a financeirização da economia, ocasionada pela excessiva criação de dinheiro realizada pelo Governo dos Estados Unidos na década de 1970, depois do colapso do Sistema de Bretton Woods. Esses dois processos em suas dimensões políticas, econômicas, culturais e ideológicas tornaram possível aos Estados Unidos se lançar na década de 1980 como o centro do imperialismo neoliberal.

No ano de 1986, as relações de poder políticas e econômicas entre os blocos capitalistas e socialistas sofreram profundas transformações. Transformações essas que incidiram sobre o caminho sul-africano rumo à democracia e na orientação ideológica do novo Estado. Sampie Terreblanche (2012) e Allister Sparks (1996) apontam que, entre o fim da Segunda Guerra Mundial e 1986, as relações capitalismo-socialismo permaneceram praticamente cristalizadas.

Os Estados Unidos ainda eram a potência hegemônica no bloco capitalista e a União Soviética era a potência do bloco comunista. A rivalidade ideológica e a corrida armamentista entre as duas potências ainda estavam em curso. Possivelmente, o mais importante acontecimento político em 40 anos depois da Segunda Grande Guerra tenha sido a ampla descolonização, ao menos política/formal, das antigas colônias europeias no ocidente e na Ásia. O grupo dos novos países independentes do chamado Terceiro Mundo, se organizaram por conta própria no Grupo dos

⁴³ As inovações tecnológicas do EUA também foram aplicadas no desenvolvimento da sua poderosa indústria bélica e criaram vantagens para esse país em relação ao bloco antagonico, o soviético.

77, nas Nações Unidas e participaram e/ou assistiram a longa batalha ideológica entre as duas superpotências, que insistiam em fomentar rivalidades entre os novos países em questões sobre o anticolonialismo e o *apartheid*, que era considerado pelos países do bloco comunista e do Terceiro Mundo como uma perpetuação dos sistemas coloniais e racistas das antigas potências colonialistas ou como um “colonialismo de um tipo especial”, em que os colonizadores e sua metrópole estão dentro da colônia (JARA, 2013).

Em 1986, aconteceram quatro importantes eventos que repercutiram não apenas na trajetória e nas relações entre países de capitalismo central e periféricos e do bloco comunista, mas especificamente nas relações entre a África do Sul e o resto do mundo. Foram estes: a explosão da Usina Nuclear de Chernobyl, ocorrida em 26 de abril de 1986, na União Soviética, no território da atual Ucrânia; o amplo estado de emergência declarado pelo Governo do *Apartheid*, em 12 de junho de 1986; o Decreto do Ato Anti-*apartheid*, elaborado pelo Congresso Nacional dos Estados Unidos, no início de outubro de 1986, quatro meses depois de o Governo de Ronald Reagan ter vetado a Legislação contra o regime racista e, por fim, a Conferência de Cúpula entre Ronald Reagan e Mikhail Gorbachev, que aconteceu entre 11 e 12 de outubro, próximo à capital da Islândia, Reykjavic.

O primeiro evento, o desastre de Chernobyl foi um acidente em uma usina nuclear que evidenciou uma significativa transformação econômica e tecnológica dentro do bloco soviético. A explosão de parte da usina lançou na atmosfera grandes quantidades de material radioativo, que se espalhou sobre grande parte das nações ocidentais da Antiga União Soviética e sobre o Norte da Europa. Esse foi o pior acidente nuclear da história e um enorme constrangimento à União Soviética, levantando sérias dúvidas sobre os padrões de tecnologia nuclear do bloco soviético e dúvidas sobre os seus padrões tecnológicos no geral. O ocorrido em Chernobyl aconteceu sob o governo de Leonid Brezhnev, que governou a União Soviética de 1964 a 1982. Um período reconhecido como de decadência econômica e ineficiência do sistema de planejamento centralizado que resultou em retrocessos no desenvolvimento e crescimento da miséria no país. A era Brezhnev também foi conhecida pela estruturação de um sistema de contínuas mentiras oficiais, que estruturavam o discurso político, e que os cidadãos soviéticos denominaram *pokazhuka*. Esta

era a palavra mais comum para avaliar ou se referir ao sistema oficial de mentiras do Governo Brezhnev. Enquanto a economia e a qualidade de vida dos soviéticos declinavam, o presidente utilizava a *pokazhuka* para levar a população a acreditar que o sistema soviético era altamente eficiente em promover o desenvolvimento e a realização das metas econômicas e sociais do país.

Quando Mikhail Gorbachev se tornou Secretário Geral do Partido Comunista da União Soviética em 1985, uma das consequências da “densa nuvem de mentiras oficiais” da *pokazhuka*, foi a demora do mesmo em perceber como a era Brezhnev havia deixado o país fragilizado econômica e socialmente. Segundo Terreblanche (2012), em 1986, quando o reator de Chernobyl explodiu o calor e a radiação irradiados foram mais do que o suficiente para eliminar as densas nuvens da *pokazhuka*, levando Gorbachev a perceber o quão grave era a situação soviética e a necessidade do país, o maior financiador de bases de treinamento ideológica e militar da luta antiapartheid, liderada pelo ANC, a rever suas relações com ocidente capitalista, especialmente com os Estados Unidos.

É interessante perceber que mesmo depois do desastre de Chernobyl, Mikhail Gorbachev, ao comentar este acontecimento em seu livro *Perestroika: novas ideias para o meu país e o mundo* (1987), não assume a relação entre o vazamento radioativo e a crise econômica e obsolescência da tecnologia soviética. Muito pelo contrário, ele instrumentaliza essa experiência para justificar o empenho soviético em diminuir as tensões armamentistas entre EUA e URSS, justificando a defesa da vida humana, responsabilizando cientistas e técnicos pelo ocorrido.

O segundo evento foi o amplo Estado de Emergência decretado pelo Governo Sul-africano em 12 de junho de 1986, diante dos conflitos entre as forças de repressão do *apartheid* e os movimentos de libertação nacional e da classe trabalhadora. A intensificação da luta contra o regime do *apartheid* começou com uma onda de greves de trabalhadores negros em Durban, Província de KwaZulu Natal, em 1973, período em que a classe trabalhadora negra ressurgiu como “classe para si” e que o sindicalismo negro, criminalizado e não reconhecido pelo *apartheid*, consegue incorporar e organizar milhões de trabalhadores e trabalhadoras em todo o país, em setores como a mineração e a indústria. Estas greves e protestos não eram apenas organizados por

sindicatos ilegais de trabalhadores negros, que não tinham direito à associação ou mesmo a realizar reuniões e encontros públicos, como também por igrejas, associações de moradores, movimentos sociais e parte dos intelectuais negros e brancos da África do Sul, que se envolveram na luta anti-*apartheid*. Estas ações coletivas de confronto se intensificaram na década seguinte e tomaram maiores proporções depois da Revolta Estudantil de Soweto, em 1976, na Província de Gauteng.

Em 20 de Agosto de 1983, a *United Democratic Front* - Frente Democrática Unida, mais conhecida como UDF, que se tornaria uma das mais importantes organizações da luta anti-*apartheid*, foi criada por uma coalizão de 565 lideranças e membros de organizações e movimentos anti-*apartheid* e importantes lideranças religiosas. A principal proposta da organização, que chegou a contar com 3 milhões de membros, era tornar o país ingovernável, desestabilizando a política e a economia, portanto, tensionar o sistema de ultra exploração da força de trabalho e o poder militar do Estado segregador. Rapidamente, a UDF se tornou o mais efetivo movimento nacional de contestação ao regime de supremacia branca. Além da UDF, em dezembro de 1985, foi formado o Congresso dos Sindicatos Sul-africanos, *Congress of South African Trade Unions* (COSATU), como parte da tríplice aliança, junto ao ANC e ao Partido Comunista, The South African Communist Party (SACP), todos empenhados na luta pelo fim do regime da destituição econômica e política dos não-brancos aprofundada pelo *apartheid* (DUBOW, 2014; HABIB, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Em resposta, ao nível de organização dos movimentos e organizações antiapartheid e o recrudescimento da violência, entre 1973 e 1985, o Governo, na época liderado por Pieter Willem Botha, historicamente conhecido pela extrema violência, decretou amplo Estado de Emergência, em 1986. A partir dessa data, o país passou a ser governado por generais das forças militares e da polícia, que ficaram conhecidos como os *securocratas*, *the securocratics*. A implantação do Governo *securocrata* foi uma ação extrema para prolongar o tempo de vida do Estado racista sul-africano. Afinal, não só Botha, mas lideranças do Partido Nacional, sabiam que não poderiam manter o sistema de privilégios políticos e empoderamento econômico da classe trabalhadora *africâner* e dos burgueses, sem o sistema de exploração baseado na ideologia racista.

Porém, mesmo com as terríveis ações de repressão e violência de Estado realizadas pelas forças de segurança do Estado, as forças de repressão rapidamente perderam controle sobre os assentamentos formais e informais de negros, as *townships*. Além de não alcançar os resultados esperados, Botha endividou o país, utilizando quase 20% dos recursos do Estado em aquisição de material bélico, adquirido da indústria bélica norte-americana⁴⁴ e de outros países capitalistas centrais do chamado “mundo livre”.

Durante a década de 1980, diante do mais importante levante de favelas da História: o movimento civil das comunidades negras, os governos racistas foram pressionados a desfazer o sistema totalitário de controle da moradia e da circulação. A primeira a ser desmantelada foi a *Pass Law*, em 1986, que obrigava os negros a usarem um passaporte ao circularem no território sul-africano e, cinco anos depois, a invalidação da *Group Area Act* – que restringia a migração e a residência urbana dos negros africanos no país (DAVIS, 2006; TERREBLANCHE, 2005). Se a revogação dessas leis representa uma inegável conquista civilizatória, também é fato que ocasionou uma pressão por serviços sociais públicos nas áreas urbanas e não garantiu aos negros a cidadania social, garantida aos brancos residentes em zonas urbanas ou rurais (DAVIE, 2015; PATEL, 2013).

O escritor Rian Malan (1997) descreve o impacto humano da remoção dessas leis de controle sobre o deslocamento da população não-branca na área metropolitana da Cidade do Cabo, onde a população negra mais que triplicou entre 1982 e 1992.

Depois que as odiadas leis do salvo-conduto foram para o lixo, foi como se uma represa distante rachasse, permitindo que uma massa de humanidade desesperada e esperançosa viesse inundando as montanhas e se espalhasse pela planície do Cabo. Vieram num ritmo de oitenta, noventa famílias por dia e construíram casas com as mãos nuas, usando ripas de madeira, paredes de lata, restos de lixo obtidos nos aterros sanitários e sacos plásticos para se proteger da chuva. Em dois anos, as dunas de areia tinham desaparecido dentro de um mar imenso de choças e barracos, tão densamente povoado quanto uma cidade

⁴⁴ Nenhum outro país capitalista tinha tanto interesse na permanência do *apartheid* do que os Estados Unidos da América. Além de se beneficiar da exploração da força de trabalho negra por meio de unidades de produção industrial e mineradora no país; das garantias de acesso privilegiado aos recursos minerais sul-africanos; e da aliança entre sucessivos governos estadunidenses com o regime do *Apartheid* para manter o “cordão sanitário anticomunista”, os Estados Unidos da América também se beneficiavam do belicismo dos líderes do Partido Nacional, que temendo os negros, os comunistas e a comunidade indiana no país, compravam grande quantidade de armamentos e tecnologia bélica de empresas dos EUA (FEINSTEIN, 2005; HABIB, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

medieval e habitado por personagens fantásticos – muambeiros, bandidos, profetas, rastafáris, traficantes de armas e reis da maconha, mais cerca de 1 milhão de trabalhadores comuns (MALAN, 1997, p.39).

Em 1989, a situação de segurança na África do Sul se tornou tão precária e a violência tão acentuada, que em 1990, diante da pressão interna (ocasionada pelos movimentos sociais e organizações anti-*apartheid*) e da pressão externa (políticas de embargo e boicote político e econômico à África do Sul, que ocasionou a retirada maciça de capital do país) o regime do *apartheid* não tinha outra escolha a não ser negociar os termos da transição com o ANC.

O terceiro acontecimento foi o Ato Nacional Anti-*apartheid* do Congresso Americano, em outubro de 1986. Depois do massacre de Sharpeville, em março de 1960, países estrangeiros iniciaram sanções contra o Estado Sul-africano. Estas sanções eram de variada natureza, como as sanções militares de 1960, realizadas pelas Nações Unidas e as econômicas por parte de alguns Estados nacionais, por meio de embargo a produtos sul-africanos e políticas de desinvestimento no país capitalista racial.

Porém, mesmo com essa crescente pressão econômica e deslegitimação política do *apartheid*, oriunda de embargos e retirada de investimentos e capitais estrangeiros, até a primeira metade da década de 1980, o regime ainda contava com amplo suporte político e econômico de países capitalistas centrais, especialmente dos governos líderes da aliança de direita neoliberal: Estados Unidos, por meio do presidente Ronald Reagan, e Reino Unido, por meio da sua primeira-ministra Margaret Thatcher. O discurso dos líderes neoliberais era de que as medidas políticas e econômicas contra o Governo do Partido Nacional, na África do Sul causariam mais danos aos africanos negros, aumentando a pobreza entre estes. Os grupos e movimentos políticos dos negros eram comumente classificados como organizações terroristas ou como manipuladas pelo Bloco Soviético e seus líderes considerados terroristas, sobretudo aqueles e aquelas envolvidos na luta armada.

Quando o Ato Nacional anti-*apartheid* foi aceito pelo Congresso Americano no começo de 1986, Reagan utilizou o seu poder de veto presidencial para impedir que a legislação anti-*apartheid* se tornasse lei. No entanto, quatro meses depois o Congresso estadunidense decidiu, por ampla

maioria, ignorar o veto presidencial. Essa foi a única vez em todo o século XX que o veto de um presidente estadunidense sobre a política externa foi recusado. Com essa medida, a campanha internacional de indução aos boicotes, sanções e políticas de desinvestimento contra o sistema segregador alcançou o seu ápice. Agora não era um pequeno país escandinavo ou um país de capitalismo periférico que aplicava as sanções. Elas vinham agora do país mais rico do mundo, aliado do Partido Nacional desde que ele chegou ao poder.

A mudança do discurso político americano de uma posição pró-*apartheid* para uma anti-*apartheid* teve impacto imenso e fomentou campanhas nacionais de desinvestimento. Estas campanhas se deslocaram das elites políticas e setores empresariais e tomaram proporções globais entre a sociedade civil, gerando uma crítica de massa ao sistema oficial de exploração sobre os não-brancos que acontecia na África do Sul. Diante disso, a retirada de capitais do país foi rapidamente intensificada desde 1986, e desencadeou uma brusca desvalorização da moeda sul-africana, o Rand.

Como resultado das sanções, os boicotes aos produtos e empresas sul-africanas e as políticas de desinvestimento, realizadas para tensionar econômica e politicamente o capitalismo racial, tiveram um efeito expressivo nos projetos de acumulação capitalista internacional e nacional (DAVIE, 2015; TERREBLANCHE, 2005, 2012). Assim como, as grandes transnacionais sul-africanas estavam impedidas de operar seus projetos de internacionalização e de acessar novos “bancos de força de trabalho”, menos conflituosos e organizados que a força de trabalho negra, *coloured* e indiana e menos cara e protegidas do que a força de trabalho branca, especialmente, fortemente regulada e protegida após a chegada do Partido Nacional ao Poder, em 1948. Uma grave crise nas taxas de lucro se tornou realidade para a fração mineradora do capital sul-africano e também um grave problema aos países capitalistas centrais com capitais ativos nos setores minerador e industrial sul-africano: Estados Unidos, Alemanha Ocidental e Reino Unido (DAVIE, 2015; DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005).

As taxas de lucro dos setores corporativos sul-africanos declinaram profundamente na década de 1980, não só por causa da pressão econômica internacional, mas pela ação coletiva de

confronto dos sindicatos e organizações da classe trabalhadora negra, que tinham como meta tornar o país ingovernável, e pôr fim à ultra exploração da classe trabalhadora negra. Portanto, questionando o pilar de sustentação das altíssimas taxas de lucro do capital racial por mais de 330 anos: o sistema político de ultra exploração da força de trabalho negra⁴⁵.

Em resposta à ação coletiva e/ou organizada das classes trabalhadoras não-brancas, o *apartheid* implementou várias estratégias para recuperar a lucratividade do sistema racista de exploração de força de trabalho, como o investimento em tecnologias poupadoras de mão-de-obra e a mecanização da agricultura, o que tornou a produção muito mais cara do que a baseada na exploração da força de trabalho negra, e que tinha garantido o alto nível de extração de mais valia relativa e absoluta por quase um século e, conseqüentemente, o enriquecimento da burguesia branca.

Como afirmam Grace Davie (2015), Adam Habib (2013), Charles Feinstein (2005), Sampie Terreblanche (2005; 2012) e Saul Dubow (2014), o Governo do Partido Nacional estava desesperado em suas tentativas de recuperar a rentabilidade do setor corporativo. Mas nenhuma dessas estratégias logrou recuperar as taxas de lucro ou conter a crise de acumulação e o próprio setor corporativo se tornou ciente de que a combinação entre exploração racial e de classe, que tinha legitimado o discurso político do regime do *apartheid* tinha chegado ao fim e que precisava ser abolido. No final de década de 1980, tanto o setor de negócios da burguesia africâner como da britânica se tornaram grupos de pressão, fortemente ativos pela transformação radical do sistema político sul-africano, mas não obviamente, na direção de emancipação política como almejava a Carta da Liberdade, manifesto mais importante do ANC, ou a emancipação humana como desejava

⁴⁵ Por exemplo, enquanto o salário mensal de um trabalhador britânico semiqualficado, durante o século XX, correspondia a entre 60 e 75% do salário de um trabalhador qualificado, na África do Sul um trabalhador qualificado, por lei um branco, receberia no mínimo 5 vezes mais do que um trabalhador negro. Além disso, a legislação do *apartheid* e da anterior União Sul-africana, reservava pela “lei da barreira de cor”, os trabalhos qualificados, e os menos precários ou semiqualficados, menos precários, aos brancos e *coloured* e destinava os piores trabalhos, semiqualficados ou mais subalternos, como as atividades manuais, na escavação de minas subterrâneas profundas, trabalho doméstico e as funções subalternas nas fazendas aos negros e negras. Esta divisão racial do trabalho, não se baseava meramente nos costumes, ela era lei (ARENDE, 2012; FEINSTEIN, 2005).

o pequeno, mas expressivo SACP. Essa pressão oriunda do setor corporativo era coordenada pela mais poderosa fração do capital na África do Sul: o Complexo Mineral Energético (MEC).

A utopia do MEC era manter a reprodução das relações capitalistas e o sistema de exploração dos trabalhadores negros na África do Sul, mesmo com o fim do *apartheid* e conseguir, finalmente, participar dos projetos globais de acumulação como os seus pares estadunidenses e britânicos já faziam.

Segundo Terreblanche (2012), o quarto e último acontecimento de 1986 com impactos na África do Sul foi o Encontro de Líderes entre Ronald Reagan e Mikhail Gorbachev, realizado entre 11 e 12 de outubro de 1986, em Reykjavik, na Islândia. Pouco tempo após tomar posse da presidência dos EUA, em 1981, Reagan realizou discursos em que definia a União Soviética como um “império do mal” e começou a aumentar drasticamente o gasto militar, bélico e armamentista do país. O que pode ser considerado bastante irônico, tendo em vista o tom polido e cooperativo que prevaleceu no encontro entre os dois líderes, encontros estes que mudaram a História do Mundo e iniciaram o fim da Guerra Fria e ascensão dos EUA como única superpotência.

O encontro em Reykjavic tinha como principal tema a redução de armas nucleares de médio alcance dentro do espaço territorial europeu. Enquanto discutiam a Iniciativa de Defesa Estratégica dos Estados Unidos da América, *Strategic Defence Initiative – SDI*, que ficou conhecida como “Programa Guerra nas Estrelas”, a capacidade dos Estados Unidos de desenvolver supercomputadores militares foi revelada a Gorbachev, que imediatamente percebeu o imenso subdesenvolvimento tecnológico e bélico da União Soviética em comparação aos EUA.

Como se viu, Mikhail Gorbachev já enfrentava a crise econômica, social e tecnológica oriunda do período Brezhnev, que culminou com a explosão em Chernobyl, e, em Reykjavic, o líder percebeu que a URSS também não tinha como competir com o desenvolvimento da indústria bélica estadunidense. Ele decidiu pôr fim à prática da política externa da doutrina Brezhnev de 1968, segundo a qual a URSS deveria manter os países do Leste Europeu e parte da periferia capitalista como sua zona de influência. Ao abandonar as aspirações por ser uma superpotência, Gorbachev também decidiu cessar o suporte militar e financeiro soviético às milícias e grupos

revolucionários nos países da periferia capitalista, que tinha por objetivo expandir a influência soviética. O líder soviético também disse a Ronald Reagan, em Reykjavik, que ele desejava diminuir o envolvimento soviético em conflitos regionais. Após o encontro, ele decidiu comunicar aos membros da cúpula do ANC, em exílio na União Soviética, que não teria mais como financiar e dar suporte armado à luta contra o regime do *apartheid*.

Quando encontrei Oliver Tambo, presidente do Congresso Nacional Africano (CNA), o Partido de Resistência, lhe disse: “Estamos do seu lado na luta contra o regime do *apartheid* e seus lacaios, por um Estado democrático e pelo desenvolvimento independente, pela igualdade racial e entre os grupos étnicos. Significativamente, cada vez mais os brancos sul-africanos tendem a condenar o *apartheid*, erguendo suas vozes na defesa dos objetivos do CNA e buscando contato com ele. Aí está outra prova de que o *apartheid* não tem futuro”. Temos laços de amizade que nos ligam às nações que fazem fronteira com a África do Sul. Apoiamos as suas justas aspirações e condenamos enfaticamente as ações hostis que esse país empreende contra eles. A URSS não tem qualquer interesse especial no sul da África. Tudo o que queremos é que os povos e países da região possam, afinal, ter uma chance de trabalhar pelo próprio desenvolvimento, definindo em paz linhas de conduta para regular seus assuntos internos e externos (GORBACHEV, 1987, p. 220).

Na verdade, seja por uma inflexão política humanitária, seja pela constatação do colapso do stalinismo e da URSS, antes mesmo do encontro na Islândia, durante o 27º Congresso do Comitê Central do Partido Comunista, ocorrida em janeiro de 1986, diversas deliberações foram tomadas no sentido de diminuir o envolvimento político direto e promover o dispersamento de alianças militares soviéticas em conflitos internacionais. Afinal, Gorbachev sabia que as estruturas de produção e políticas da U.R.S.S. estavam em colapso.

Assim como as grandes potências capitalistas, antigas aliadas e financiadoras do *apartheid*, fizeram pressão para que as elites econômicas e os políticos do Partido Nacional buscassem uma solução política para o fim do *apartheid*, a URSS, antiga aliada do ANC na luta contra o sistema racista, na era Gorbachev pressionou a organização para estabelecer negociações de paz.

Segundo Terreblanche:

Depois de Reykjavik, a União Soviética pôs pressão sobre o ANC em exílio a buscarem a negociação de um acordo e depois do Decreto do Amplo Ato Nacional anti-*apartheid* em 1986 pelo Governo dos EUA, outros países iniciaram ou ampliaram sua pressão política

e/ou econômica contra o regime do *apartheid* para pressioná-lo a buscar uma saída negociada com as lideranças do ANC. É notável que a pressão sobre o ANC para a buscar por negociações tenha vindo de Moscou em 1986, ao mesmo tempo em que o Governo de minoria branca era pressionado por Washington a fazer o mesmo (TERREBLANCHE, 2012, p. 14, tradução nossa).

Depois dessa dupla onda de pressões externas sobre o regime do *apartheid* e sobre o principal movimento social de luta por seu fim, muitos grupos e organizações se reuniram com o ANC em discussões sobre uma possível solução negociada. Em julho de 1987, uma delegação sul-africana sob a liderança do Professor Dr. Frederick van Zyl Slabbert e do Professor Dr. Alex Boraine manteve discussões com representantes do ANC em Dakar, Senegal.

De outubro de 1987 a fevereiro de 1990 um grupo de acadêmicos africanos, entre eles estavam os professores Willie Esterhuizen, Sampie Terreblanche, Willem de Klerk e Marinus Wiechers – estiveram envolvidos em sete encontros clandestinos com lideranças do ANC: Thabo Mbeki e Jacob Zuma (que viriam a ser o segundo e o terceiro presidentes eleitos no período pós-*apartheid*) e Aziz Pahad, que viria a ser ministro de relações exteriores, e muitos outros líderes do ANC que viriam a compor a cúpula de poder do Governo democrático sul-africano. Quase todos esses encontros aconteceram em Mells Park Estate, perto de Bath, na Inglaterra.

Nesse período nós não estávamos cientes de que o ANC estava sob pressão soviética para alcançar a negociação de um acordo, e nós também não estávamos cientes sobre o sério desacordo que havia surgido na liderança do ANC sobre a conveniência de buscar uma negociação diplomática junto ao Regime do *Apartheid*. Thabo Mbeki era fascinante e intelectualmente admirável durante as nossas conversas informais. Tempos depois eu percebi que deveria existir uma imensa pressão dentro do ANC para atingir resultados positivos em sua aproximação aos acadêmicos africanos. No fim dos anos 1980, muitos encontros entre outros grupos sul-africanos e o ANC, como o setor de negócios, de esportes, grupos de mulheres. Esses aconteceram majoritariamente em Lusaka, no Zâmbia (TERREBLANCHE, 2012, p. 14, tradução nossa).

Durante os encontros subsequentes entre Reagan e Gorbachev em 1987 e 1988, uma relação de cooperação se estabeleceu entre os líderes. Eles elaboraram um acordo de que todas as grandes potências, inclusive a URSS, deveriam se esforçar para encontrar uma solução diplomática,

negociada para todos os conflitos do mundo. Dentre os vários conflitos indicados, que os líderes julgavam de urgente solução diplomática e política, estava o *Apartheid* Sul-africano.

Após esse consenso entre potências, Gorbachev e Reagan decidiram que a Primeira Ministra Britânica, Margareth Thatcher era a representante de uma potência econômica mais adequada a impulsionar e facilitar as negociações entre o Governo do Partido Nacional e o ANC. Mesmo não sendo mais tão poderosa, como na época em que a África do Sul era uma de suas inúmeras colônias e em que mesmo os mais nacionalistas líderes africanos do Partido Nacional eram obrigados a saudar e aceitar a soberania britânica, a Grã-Bretanha ainda era um dos países mais ricos e politicamente influentes do mundo. Além disso, nesse período, era o mais importante e antigo parceiro comercial da África do Sul, sendo a única potência capitalista que não havia aplicado sanções ou políticas de desinvestimento no país.

Em abril de 1987, a primeira ministra britânica tomou a iniciativa e enviou um grupo de representantes do Governo, *Eminent Persons Grupo* – (EPG) para a África do Sul, o objetivo era convencer o Governo do Partido Nacional sul-africano a começar as negociações com o ANC. Mas em 15 de Maio, o então Presidente que implantou o Estado de sítio e aprofundou a repressão, Pieter Botha, rejeitou as propostas dos representantes britânicos, o que levou a premier britânica a encerrar os esforços de negociação, pelo menos enquanto Botha comandasse o país.

Em 1989, o sucessor de Botha, Frederik Willer de Klerk, foi eleito líder do Partido Nacional. Logo ao chegar ao poder, Margaret Thatcher o convidou para um encontro bilateral de líderes de Estado, em Londres, Inglaterra. Durante o encontro deles em 23 de junho de 1989, a Primeira Ministra Britânica deixou claro que o Presidente de Klerk deveria obedecer às determinações do grupo de potências, elaborado por Reagan e Gorbachev e procurar uma saída política negociada para a questão do *apartheid*. Ela enfatizou que caso o posicionamento do Governo de Pretoria continuasse o mesmo, seu país também iria aderir aos boicotes e políticas de desinvestimento contra a África do Sul. No mesmo encontro ela solicitou a libertação de Nelson Mandela antes do fim de 1989 e exigiu que as negociações entre o Governo de Klerk e o ANC começassem o mais rápido possível (TERREBLANCHE, 2005, 2012; SPARKS, 1995).

Eu encontrei o autor Anthony Sampson na Embaixada Britânica em Cape Town, no dia em que Mandela foi libertado, 11 de fevereiro de 1990. Mais tarde, em maio de 1990, em Londres, ele me disse o quão importante foi o encontro entre Thatcher e De Klerk. Ele também me disse que quando as correspondências trocadas entre Thatcher e De Klerk durante a segunda metade de 1989 foram publicadas, a participação de Reagan, Gorbachev e Thatcher para levar o Governo do Partido Nacional e o CNA à mesa de negociações ficou claro (TERREBLANCHE, 2012, P. 16, Tradução nossa).

No fim da década 1980, o Complexo Mineral Energético conseguiu convencer o Partido Nacional a aceitar as políticas de privatização e os dogmas da globalização neoliberal. Não surpreende que os termos da transição negociada à democracia, proposta por Thatcher, envolvesse a abertura econômica da África do Sul ao livre comércio, segundo a ordem do discurso neoliberal. Em 1990, a Câmara de Negócios da África do Sul, *South African Chamber of Business* (SACOB), atual *South African Chamber of Commerce and Industry* (SACCI) publicou o Documento, *Economic Options for South Africa*, “Opções Econômicas para a África do Sul”, um manifesto de defesa aos supostos benefícios de uma economia de livre mercado. A publicação alegou que onde os sistemas corporativos estão dogmaticamente livres, eles florescem, tornando-se o “remédio para a pobreza” e para garantia do crescimento econômico (DAVIE, 2015; TERREBLANCHE, 2005, 2012; SACOB, 1990).

Para David Harvey (2007, 2008) a dimensão mais digna de nota e de fundamental importância à análise dos processos de neoliberalização, é o da complexa interação entre dinâmica interna e forças externas. Embora em certos casos se possa conceber com certo grau de racionalidade que os fatores externos foram dominantes, na maioria dos casos de reformas neoliberais as relações entre os fatores são bem mais intrincadas. Ainda segundo o geógrafo, no caso da reforma chilena, foram as classes altas que procuraram o auxílio americano para formular o golpe de Estado, e foram essas frações da burguesia que aceitaram a reestruturação neoliberal como projeto de Estado a seguir, após o golpe, ainda que com base nas orientações dos tecnocratas chilenos treinados nos Estados Unidos, os *Chicago boys* da ditadura de Pinochet. No caso sueco, foram os padrões que buscaram a integração europeia como recurso para implantar um programa doméstico neoliberal para uma economia em dificuldades. É improvável que mesmo o mais

draconiano programa de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional (FMI) possa ser implementado sem o apoio e a legitimação interna de algum grupo.

Tem-se por vezes a impressão que o FMI apenas assume a responsabilidade por fazer coisas que alguma força de classe interna quer fazer de qualquer maneira. E há um número suficiente de casos bem-sucedidos de rejeição de conselhos do FMI para sugerir que o complexo Tesouro dos Estados Unidos-Wall Street-FMI não é tão poderoso quanto por vezes se afirma. Só quando a estrutura interna de poder foi reduzida a uma casca oca e os arranjos institucionais internos estão num total caos, seja em função de um colapso (como na União Soviética e na Europa central), por causa de guerras civis (como em Moçambique, no Senegal ou na Nicarágua) ou em razão de fraquezas degenerativas (como nas Filipinas), vemos forças externas orquestrando livremente reestruturações neoliberais. E, nesses casos, a taxa de sucesso tende a ser pequena, justo porque o neoliberalismo só pode funcionar com um Estado forte, um mercado forte e instituições legais (HARVEY, 2008, p. 127).

No caso das reformas neoliberais implantadas na África do Sul, o protagonismo do MEC na transição ao neoliberalismo não suplanta a participação de outros agentes internos e externos, assim como, a cooptação de frações da classe trabalhadora e conflitos com outras frações da burguesia. Os governos neoliberais de tradicionais parceiros do regime do *apartheid* interferiram significativamente contra o fim do regime de segregação.

Em 1987, quando o então primeiro-ministro Cavaco Silva alinhou Portugal à Grã-Bretanha e aos Estados Unidos num voto contra o fim do *apartheid* e a libertação de Nelson Mandela, a então primeira-ministra britânica Margaret Thatcher dizia: "O CNA - Congresso Nacional Africano, partido de Mandela - é uma típica organização terrorista... Qualquer um que pense que ele vá governar a África do Sul está a viver na terra do faz de conta". Reagan dizia que *apartheid* era essencial para o mundo livre. Nos Estados Unidos, a opinião sobre Mandela não era diferente: o presidente Ronald Reagan inscreveu o CNA na lista de organizações terroristas. Em 1981, Reagan disse que o regime sul-africano – o regime do *apartheid* – era "essencial para o mundo livre". Reagan explicou à rede de TV CBS que o seu apoio ao governo sul-africano se devia a que "é um país que nos apoiou em todas as guerras em que entrámos, um país que, estrategicamente, é essencial ao mundo livre na sua produção de minerais". Só em 2008, Mandela e o CNA deixaram a lista americana de organizações e terroristas em observação. Até então, Mandela precisava de uma permissão especial para viajar para os EUA. Outro país que se manteve ligado ao regime segregacionista sul-africano foi Israel. Durante muitos anos, o governo israelita manteve laços económicos e relações estratégicas com o regime do *apartheid*. Nesta sexta-feira, o governo israelita lamentou a morte de Mandela afirmando que o "mundo perdeu um grande líder que mudou o curso da história" e que ele foi um "apaixonado defensor da democracia" (Carta Maior, reportagem publicada em 07/12/2013).

Quando a coalização que fomenta as reformas neoliberais não consegue obter firmes consensos entre as classes e intraclasses, geralmente mediados pelo Estado, existe a tendência de a transição conduzir ou aprofundar a crise social, econômica ou política (HIRSCH, 2010). Talvez a incapacidade do Estado Pós-*apartheid* de conduzir essa transição faça o neoliberalismo sul-africano ser considerado “disfuncional”, como é apresentado no trabalho de Anthony Butler, *Contemporary South Africa* (2004), quando o autor aborda as modestas taxas de crescimento econômico do país e a incapacidade dos governos nacionais e locais de contornar o quadro de iniquidades sociais durante a primeira década de democracia.

Entre 1987 e 1988, o Complexo Mineral Energético decidiu que tinha de desempenhar um papel político mais ativo e aberto para trazer a transformação necessária na África do Sul. O MEC decidiu autorizar Dr. Zach de Beer, diretor-executivo da *Anglo-American Corporation*, conglomerado britânico do ramo da mineração, com sede em Londres, com operações na África do Sul desde 1917, a desempenhar um papel político em nome do MEC. Em 1987, o executivo expressou sua preocupação com a orientação socialista da ANC e advertiu que o partido da libertação nacional "pode querer jogar fora o bebê da livre iniciativa com a água do banho do *apartheid*". Zach de Beer também declarou que era parte da tarefa política do setor empresarial "trazer os benefícios do sistema de livre mercado cada vez mais ao alcance de nossos cidadãos negros" (*The Citizen*, 17 de setembro de 1987 Apud TERREBLANCHE, 2012). Em agosto de 1988, o *Consultative Business Movement* (CBM), o Movimento Consultivo de Negócios, foi lançado, com Zach de Beer como um dos iniciadores. O objetivo expresso do CBM era desafiar empresários Sul-Africanos para "definir a verdadeira natureza do seu próprio poder para fazer avançar a sociedade para nenhuma democracia além da racial”.

Em 1993, o Partido Nacional publicou o Documento intitulado *Normative Economic Model* (NEM), a Normativa de Modelo Econômico. A NEM também estava fortemente influenciada pelo Complexo Mineral Energético, colocando-o como seu quadro econômico oficial para uma África do Sul democrática. Este fato demonstra como a NEM era fortemente influenciada pelas ideologias neoliberais adotadas pelo Complexo Mineral-Energético e pelo projeto americano de globalização neoliberal (DAVIE, 2015; HABIB, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012).

O giro ideológico que ocorreu nas perspectivas político-econômicas no projeto do Estado e Sociedade do ANC, entre 1990 e 1996, só pode ser descrito como revolucionário para uma direção social conservadora (DAVIE, 2015; HABIB, 2013; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Segundo Terreblanche (2005, 2012), Patrick Bond (2014) e Alister Sparks (1995), a radical transformação ideológica do ANC, de uma direção explicitamente socialista e redistributiva, para as ideologias americanas de globalização neoliberal e fundamentalismo de mercado, eram tão radicais que todos os tipos de acontecimentos devem ter ocorrido nos bastidores nos seis anos de encontros entre lideranças do ANC, a burguesia e lideranças do Partido Nacional. Durante esse período, Nelson Mandela e Harry Oppenheimer, que era o capitalista mais rico da África do Sul, se encontraram regularmente, e o MEC também se encontrou regularmente com um núcleo de liderança do ANC em Little Brenthurst, na província de Gauteng ou no exterior.

Quando outros líderes empresariais se juntaram às negociações secretas da transição sobre o futuro da política econômica da África do Sul, a reunião foi transferida para o Banco de Desenvolvimento da África Austral, onde os encontros ocorriam durante a noite. Durante essas reuniões, uma coalizão da elite capitalista emergiu gradualmente entre a Tríplice Aliança Branca (sob a liderança do MEC), um núcleo de liderança do ANC, e os grupos de pressão/observadores americanos e britânicos (DAVIE, 2015; TERREBLANCHE, 2012).

Essas negociações secretas atingiram seu clímax em novembro de 1993. Nessa fase, a África do Sul estava sendo governada pelo *Transitional Executive Council* (TEC), o Conselho Executivo de Transição, composto por oito membros do National Party e oito membros do núcleo de liderança do ANC. O TEC decidiu que a África do Sul precisava de um empréstimo de 850 milhões de dólares do FMI, para auxiliar nas dificuldades da balança de pagamentos do país. Antes de o FMI conceder o empréstimo à África do Sul, o organismo financeiro solicitou que o TEC assinasse um documento sobre a política econômica do futuro governo.

Se o conteúdo do documento "Declaração Sobre as Políticas Econômicas", for lido e analisado com cuidado, torna-se claro que era a forma embrionária do *Growth, Employment and Redistribution* – GEAR, o Programa de Reforma Neoliberal do Estado, lançado em 1996, no

governo de Nelson Mandela, que o presidente do agora “país arco-íris” considerava inegociável. O documento comprometia o TEC, transformando em diretrizes para a economia do Estado as ideologias e práticas políticas do neoliberalismo em uma versão acentuadamente ortodoxa. Ele ocasionou um consenso entre sujeitos sociais que muitos considerariam improvável: o MEC, as multinacionais anglo-americanas e o alto escalão do ANC, partido que por quase um século atuou pela emancipação política da África do Sul (BOND, 2014; SPARKS, 1995; TERREBLANCHE, 2012).

Não há dúvida de que as negociações secretas entre o MEC e o núcleo de lideranças do ANC foram os principais responsáveis pelo transformismo ideológico do ANC. No entanto, não havia influência do MEC sozinho, houve também pressão dos governos de potências capitalistas ocidentais (E.U.A. e Reino Unido, durante os governos Reagan e Thatcher), e de instituições internacionais, como as instituições de Bretton Woods, Banco Mundial, FMI e corporações globais (CHINWEIZU, 2011; HARVEY, 2008; HABIB, 2013; HART, 2013; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Um grande grupo de principais lideranças do ANC recebeu treinamento ideológico em universidades americanas e bancos internacionais sobre os supostos méritos do globalismo neoliberal e fundamentalismo de mercado. Na verdade, nesse momento, todos os outros participantes nas negociações secretas - os setores empresariais nacionais e estrangeiros, o Partido Nacional, os grupos de pressão americanos e britânicos - já estavam ideologicamente comprometidos com a globalização neoliberal e fundamentalismo de mercado, só faltava promover sua legitimação entre a elite política do ANC (BOND, 2014; DAVIE, 2015; HABIB, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

A mais forte pressão externa sobre o ANC veio de grupos econômicos americanos. Nos anos após o fim da União Soviética, em 1991, um clima de “triumfalismo” reinou supremo em círculos políticos e econômicos estadunidenses (HABIB, 2013; TERREBLANCHE, 2012). Isto lhes dava legitimidade para exercer pressão sobre governos dos países que fomentavam projetos de acumulação de capital (ANDERSON, 2002; HARVEY, 2011). Afinal, os defensores da ordem

da matriz discursiva neoliberal invalidavam todo e qualquer contra-discurso orientado à contenção de uma economia predatória e pouco efetiva na recuperação das taxas de mais-valia. Além disso, estavam intensamente comprometidos em transformar o discurso neoliberal em discurso e ideologia oficial em todo o mundo capitalista. E, nesse momento em que até os ordoneoliberais sabiam do risco do neoliberalismo ortodoxo ser introduzido pelos Estados e sistemas de Estados, poucas pessoas tinham clareza de que o neoliberalismo ocasionaria uma crise como a iniciada em 2008 e que se prolonga até a atualidade (DARDOT & LAVAL, 2016).

No começo da década de 1990, a atitude foi esmagadoramente de que o "modelo econômico americano" triunfou e que todos os países do mundo só poderiam sobreviver e prosperar se integrando ao capitalismo mundializado, se adaptando, tão rapidamente quanto possível e tão completamente quanto possível, ao discurso norte-americano de anti-estatismo, de desregulamentação social e econômica, austeridade fiscal, privatização dos serviços de bem-estar social, do fundamentalismo de mercado e do livre comércio (CAMARA & SALAMA, 2006; DARDOT & LAVAL, 2016; HARVEY, 2008, 2011; TERREBLANCHE, 2012).

Promessas foram feitas ao ANC de que, logo que o novo governo implantasse o "modelo neoliberal americano", as condições propícias seriam criadas na África do Sul para atrair um grande fluxo de investimento estrangeiro direto, maiores taxas de crescimento econômico, mais emprego e efeito *trickle-down* (de gotejamento das grandes riquezas) para aliviar a pobreza. O papel do grupo de pressão norte-americano não se restringia às promessas exageradas e suporte à formação de quadros de políticos e tecnocratas do futuro governo ANC, mas também incluiu ameaças sutis de que os Estados Unidos teriam a capacidade de desestruturar a economia sul-africana, caso o ANC não cooperasse com as reformas neoliberais (DAVIE, 2015; HABIB, 2013; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005; 2012).

3.2 A REPRODUÇÃO DAS RELAÇÕES CAPITALISTAS NA ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID: NEOLIBERALISMO E 20 ANOS DE GOVERNOS DO ANC

A realidade social gerada pela transição à democracia racial, tutelada por sujeitos do mercado e pela elite política do ANC, produziu uma situação social para a maioria dos negros marcada pelo desemprego, precariedade da política habitacional, falta de acesso à terra, à educação, e serviços de saúde. O *RDP - Reconstruction and Development Programme*, o Programa de Reconstrução e Desenvolvimento, de 1994, era apresentado como a dimensão social da democracia e estava ideologicamente alinhado às propostas de emancipação política da *Freedom Carther*.

As principais políticas do Programa concentravam-se nas necessidades sociais da maioria negra: trabalho, habitação, saneamento básico, acesso à água, etc. O RDP também se direcionava ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da força de trabalho, a reconstrução da economia (de forma a propiciar o crescimento, o desenvolvimento, a redistribuição e a reconciliação), democratizando o Estado e a sociedade sul-africana, além de implementar programas de reformas institucionais redistributivas (BUTLER, 2004; DAVIE, 2015; PATEL, 2013; PEREIRA, 2012). O RDP era o discurso pan-africanista e socialista de “distribuir para crescer”. A História da África do Sul democrática evidencia que opção política não foi essa.

Talvez o resultado mais significativo da opção político-ideológica sul-africana da democracia pós-*apartheid* de “crescer para distribuir” ao invés de “distribuir para crescer”, seja a preservação da maior parte da estrutura social e econômica do regime de capitalismo racial. Mesmo diante da desracialização do Estado, promovida pela democracia racial, não ocorreu uma significativa desracialização das relações de classe (CHINWEIZU, 2011; GUMEDE, 2015; HABIB, 2013; HARVEY, 2008).

Segundo Sampie Terreblanche (2005; 2012), Adam Habib (2013), Grace Davie (2015) e Charles Feinstein (2005), a utilização, pelo governo do ANC, da ortodoxia neoclássica da *trickle-*

*down theory*⁴⁶, a teoria do gotejamento, que defende que as grandes fortunas e a propriedade privada sejam preservadas de um suposto *rent seeking*⁴⁷ (busca de renda) estatal, através de medidas redistributivas e socialistas, implicou em uma vertente mais conservadora de reformas neoliberais, em que a preservação da propriedade e das grandes fortunas tomou uma expressiva centralidade. Pois, para essa vertente da teoria neoliberal, apenas a preservação das fortunas dos mais ricos permitiria que o dinheiro se transformasse em capital e o resultado desse “círculo virtuoso” de consumo e investimento seria o gotejamento da riqueza de maneira crescente em direção às classes mais baixas, apostando, dessa forma, na mística neoliberal de uma ordem de desenvolvimento econômico e social conduzido naturalmente pelo mercado. A adoção dessa estratégia de neoliberalismo de Estado, por meio de sucessivos governos do ANC (5 mandatos desde 1994)⁴⁸, e as privatizações das grandes empresas estatais, iniciadas ainda na década de 1980, garantiram que a desracialização do Estado não ocasionasse a desracialização da riqueza.

O “gotejamento da riqueza” parece ter sido represado pela estrutura de classe da África do Sul contemporânea. O coeficiente de gini, mundialmente utilizado para medir as desigualdades, por exemplo, era de 0,59 em 1993, último ano do *apartheid*, e, em 2012, chegou a 0,63 atingindo o mais alto nível histórico em 2015, quando, segundo Niall Reddy (2015), alcançou 0,66.1, em choque com os achados do STATSSA (2015), que indicavam o Coeficiente de Gini de 0, 63.4 para

⁴⁶ Uma rica análise sobre a teoria do gotejamento e sua relação com a produção da justiça social, segundo a perspectiva neoliberal, se encontra no livro *Ensaio sobre o liberalismo* (1993), de autoria de Ralf Dahrendorf. Para uma crítica a estas práticas políticas neoliberais, ver David Harvey (2008) e o trabalho de Pierre Dardot e Christian Laval (2016). Sobre os impactos dessas propostas sobre os esquemas de seguridade/proteção social na África do Sul, ver Grace Davie (2015) e Leila Patel (2013).

⁴⁷ Por mais polimorfo que seja o discurso neoliberal em sua crítica à regulação social e econômica do Estado, genericamente, este discurso identifica a crise do capital como uma “crise do Estado providência” e das estratégias planificadoras e socialistas sobre a sociedade. Para estas, a burocracia e os dirigentes das políticas públicas têm como intento não a socialização da política, mas a conquista de poder social e econômico aos seus grupos e órgãos do Estado. Eles estariam numa busca para aumentar o seu poder, em um movimento de *rent seeking* (busca de renda) que pesaria sobre o equilíbrio fiscal do Estado (HIRSCH, 2010).

⁴⁸ Os governos do ANC iniciados desde 1994 foram: Nelson Mandela; Thabo Mbeki (2 governos); Kgalema Montlanthe (que assumiu após a renúncia de Mbeki) e Jacob Zuma, atualmente em seu segundo governo, iniciado em 2014.

o mesmo ano. Embora exista essa divergência entre os estudos, os dois resultados situam o país como o mais desigual do mundo.

Os estudos supracitados também apontam que a maior transformação econômico-racial que acompanhou a democratização do Estado ocorreu no topo da estrutura de classe. Em que, em 2015, 22% dos 10% mais ricos do país, que concentram 60% da riqueza nacional, são negros. Essa porcentagem era de apenas 3% em 1990. O trabalho de Ana Lúcia Danilevicz Pereira (2013) apontou que cinco anos antes, em 2010, essa porcentagem de negros no topo da estrutura de renda era de 19%. Ainda segundo a internacionalista e historiadora brasileira, mesmo com as medidas de expansão, 65% do topo da pirâmide da riqueza sul-africana é ocupada por brancos, uma concentração reveladora da desigualdade racial da renda, já que os brancos, atualmente, são pouco mais de 9% da população sul-africana. Estes achados sobre a reprodução da concentração de renda entre as classes corroboram com os achados de Vusi Gumede (2015). Ele identificou que, mesmo passadas duas décadas desde o fim do *apartheid* e políticas afirmativas tenham sido institucionalizadas, 77% das riquezas do país (renda, propriedade de terra e capitais) pertencem a um grupo que representa 5% da população, sendo quase todo formado por brancos.

Seria esse o resultado esperado para o *Black Economic Empowerment*⁴⁹ (BEE) e o GEAR, reconhecidos por sua orientação neoliberal? Estas medidas possibilitaram a ascensão de uma nova

⁴⁹ O *Black Economic Empowerment* objetiva a integração dos negros na sociedade de livre mercado por meio de medidas afirmativas no campo empresarial e é considerado o maior programa de ação afirmativa do mundo (PEREIRA, 2013). O núcleo de liderança do ANC foi cooptado e subornado por meio do *Black Economic Empowerment*. O BEE foi utilizado pelo ANC para alocar as ações afirmativas e aquisições afirmativas (contratos e subsídios do governo voltados às empresas da elite negra), o que favoreceu uma minoria negra sob o círculo de influência da elite política do ANC. A coalizão da transição política deu o controle total do governo sobre o orçamento, com a condição de que o ANC mantivesse a austeridade fiscal, reduzisse o déficit e congelasse a tributação e gastos, como proporções fixas do PIB (MBEKI, 2009; TERREBLANCHE, 2012). Essa estrutura de favorecimento econômico, politicamente enviesada, possibilitou o surgimento de uma elite negra profundamente contrária às medidas de socialização da riqueza nacional e, no outro extremo, uma enorme população de mais de 10 milhões de negros sul-africanos sem trabalho ou nenhum nível de proteção social pública. A essa *underclass* sul-africana, de mais de 20% da população, se juntam outros 18 milhões de sul-africanos pobres, que vivem com rendimentos mensais inferiores ao necessário para garantir o acesso individual e/ou familiar das suas necessidades básicas (DAVIE, 2015).

elite negra, pela africanização da burocracia estatal⁵⁰ e dos benefícios do BEE (PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2012).

A realidade, acentuada pelo ajuste neoliberal, de desemprego estrutural, pobreza e iniquidades sociais e a formulação de um sistema de bem-estar social de orientação liberal, desenvolvido pelo ANC, continuam a não responder às necessidades sociais de uma população de 25% de desempregados, segundo os dados oficiais. Quando são consideradas as pessoas que desistiram de procurar emprego, muitos dos quais desistiram ou não tem recursos suficientes para continuar a sua busca por trabalho, essa porcentagem é de 40% e entre mulheres das áreas rurais pode passar de 60% (JARA, 2013; SATGAR, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013; STATSSA, 2015).

A abertura do antes protegido mercado sul-africano à economia de livre mercado, uma exigência do MEC, do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, teve dois efeitos expressivos: a entrada em massa de produtos estrangeiros, principalmente chineses, muito mais competitivos do que os nacionais, o que causou uma desindustrialização massiva e fez parcelas crescentes da classe trabalhadora conhecerem o desemprego de longa duração e níveis extremos de pauperização e exploração, e a mundialmente conhecida flexibilização da força de trabalho, já que o desemprego serviu como instrumento de controle sobre os salários e de disciplinamento da força de trabalho (SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2005; HARVEY, 2008). Além disso, uma massa de trabalhadores em risco constante de ingressarem na condição de pobreza, o precariado, se expandiu.

O desemprego estrutural, embora desproporcionalmente concentrado entre os negros, e em menor proporção entre os *coloured* e indianos, logo se tornou uma realidade também entre os trabalhadores brancos menos qualificados, erodindo a característica mais singular do sistema de

⁵⁰ Segundo o internacionalista sul-africano Sean Jacobs (2012), desde as medidas afirmativas pós-*apartheid*, os sul-africanos negros pertencentes ao círculo de influência do ANC, tomaram os empregos estatais como o meio mais rápido de acumular riqueza e bem-estar. Para o autor, o surgimento dessa nova elite negra de burocratas ocorreu no mesmo período (1994-2012) em que o número de sul-africanos vivendo com menos de um dólar americano dobrou.

proteção social sul-africano, as políticas de empoderamento econômico da comunidade africâner, uma resposta do regime racista ao “problema dos brancos pobres”.

O outro efeito da integração no novo mundo da finança foi a integração das grandes empresas mineradoras do MEC na economia global e em novos nichos de acumulação na América Latina e em outras regiões da África. Segundo Terreblanche (2012), livres das sanções internacionais do período do *apartheid*, os “patinhos feios” do capital minerador energético da África do Sul tornaram-se “cisnes”, prontos para navegar no mercado global, recuperando suas taxas de lucros e crescimento, sem necessariamente gerar as prometidas novas vagas de trabalho.

É válido pontuar que uma das principais promessas do ANC, sobretudo na sua primeira década de governos nacionais, foi de que a abertura do antes protegido mercado sul-africano e a implementação de políticas fiscais protetoras das grandes fortunas e de parques investimentos sociais, criaria o cenário ideal para o investimento nacional e internacional de capital, criando novos empregos. As promessas neoliberais do discurso político do ANC se mostraram falsas, já que ao contrário de ganhar, a África do Sul perdeu mais postos de trabalho, e nos poucos setores em que a quantidade de vagas de trabalho voltou a crescer, os vínculos de trabalho eram precários, os salários baixos e os níveis de exploração mais severos (DAVIE, 2015).

Corroborando com a tese de David Harvey (2007, 2008) de que o neoliberalismo é um projeto de restauração do poder de classe, torna-se incoerente considerá-lo disfuncional às frações da burguesia sul-africanas envolvidas na transição à democracia. Para Patrick Bond (2014), Sampie Terreblanche (2012) e Ari Sitas (2010), essa fração da burguesia acessou novos mercados, novas massas de força de trabalho sobrando na África e em outros continentes, e não foi obrigada a reparar os anos de exploração da força de trabalho negra e de apropriação das terras nativas. O papel das multinacionais europeias e americanas em suas plantas industriais e mineradoras na África do Sul do *apartheid*, de explorar a força de trabalho barata e sem direitos trabalhistas básicos proporcionou lucros inimagináveis a muitas empresas do chamado “mundo livre” (FEINSTEIN, 2005; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005). A Comissão da Verdade, estabelecida no início da democratização, não puniu os agentes do Estado, os membros do Partido Nacional, as empresas

estrangeiras e nacionais, que exploraram por décadas a força de trabalho negra. Além disso, não ocorreram expressivas medidas educativas para transformar a cultura de dominação/exploração sobre as demais raças, instituída na África do Sul, entre a minoria branca (PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2005).

O lançamento, em 1996, do GEAR parece ter sido a resposta de setores do capital para restaurar o poder de classe no país, garantindo que muito pouco mudasse na estrutura econômica da nova democracia. Como medida de reforma neoliberal do Governo da África do Sul democrática, ele apresentava a proposta de crescimento econômico de 6% ao ano, criação de mais de 1,3 milhões de novos empregos fora da agricultura, crescimento médio de 11% em média na exportação de manufaturados e de 12% na taxa de investimento real. A implantação do GEAR foi permeada por conflitos e, em 1997, uma Conferência Nacional do ANC estabeleceu as diretrizes políticas da reforma. Para oferecer as garantias que o capital demandava para não se retirar do país ou desestabilizar estruturalmente a economia, o ANC teve que fazer grandes concessões, neste que parece ser um momento de consolidação do transformismo de lideranças do partido. O GEAR foi criticado pela *Left Alliance*, a Aliança de Esquerda, formada pelo Partido Comunista Sul-Africano e pela central sindical, o COSATU; por intelectuais de esquerda, e pelas lideranças dos movimentos sociais progressistas.

O GEAR gravitava, na verdade, sobre o sistema de mercado, o que desagradou aos setores de esquerda concentrados na aliança. Mandela e depois Mbeki impeliram seus aliados a apoiá-los, lembrando-os que eram parceiros pequenos. As relações ficaram tão estremecidas que Mbeki chegou a acusar o Partido Comunista de “falsos revolucionários”, que lhe faziam lembrar os “brancos da direita”. Mandela também manteve a posição de que o GEAR era fundamental para a política do ANC e que não mudaria de opinião por causa da aliança (PEREIRA, 2012, p.141).

A estrutura socioeconômica tecida pelo *apartheid* agora foi mantida pela adoção do neoliberalismo da contrarreforma do Estado. Os interesses de frações da burguesia nacional e internacional e das elites políticas são fatores determinantes na manutenção e expansão da pobreza, das iniquidades e do desemprego. Até as mudanças desracializantes e de expansão das proteções ao trabalho dos negros sofreram com as resistências dos setores do mercado (FEINSTEIN, 2005;

HABIB, 2013; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005). Mesmo com essas resistências do mercado, em 1998, foi instituído o *Employment Equity Act* N° 55, Ato Nacional de equidade e empregabilidade, cujo objetivo era garantir condições iguais de contratação para os grupos segregados durante o *apartheid*. Essa lei nacional proibia discriminações injustas, definia os critérios de recrutamento e processos de seleção da força de trabalho. Além de instituir regras sobre salários, treinamento, metas, desempenho, questões disciplinares e de demissão dos trabalhadores e das relações dos mesmos com os empregadores.

Nelson Mandela permaneceu na presidência até as eleições gerais de 1999, quando foi sucedido por Thabo Mbeki. O Governo de Mandela iniciou o regime democrático do país, fomentando o deslocamento no território do país aos negros, muitos dos quais ainda viviam confinados nas antigas *homelands*/bantustões. Isso resultou na rápida expansão dos assentamentos precários na periferia das grandes cidades, na busca por emprego e acesso a serviços públicos de melhor qualidade, sobretudo serviços sociais. Nesse contexto de deslocamento em massa das reservas criadas pelo *apartheid* para as cidades é que ficou evidente o *gap* (hiato) entre brancos e negros, áreas urbanas e rurais, centro e periferia das cidades. No entanto, mesmo com essas disparidades sendo visibilizadas, na eleição de 1999, o ANC obteve quase dois terços dos votos com a eleição de Mbeki (DAVIE, 2015; PEREIRA, 2012).

O sistema eleitoral sul-africano define-se por listas de representação proporcional com sufrágio universal. O presidente passou a ser eleito pela Assembleia Nacional, podendo servir até dois mandatos de cinco anos. Um dado fundamental é que a Constituição do país somente pode ser modificada por mais de dois terços dos deputados. A possibilidade de reeleição foi utilizada por Mbeki, tendo vencido as eleições nacionais de 2004, ainda preservando uma grande vantagem entre a proporção de votos recebidos pelo ANC e pelo maior partido político de oposição, a *Democratic Alliance* (Aliança Democrática).

Os governos de Thabo Mbeki foram marcados por inovações econômicas, mas também foram caracterizados por atitudes polêmicas, nacional e mundialmente criticadas (POSEL, 2008). A lealdade do segundo presidente da África do Sul democrática parecia estar com a comunidade

de negócios e com a materialização radical do projeto neoliberal, e não com as majorias que o elegeram, pertencentes à classe trabalhadora negra. Com a continuidade do governo Mbeki, a ideia de que o ANC possuía hegemonia ideológica sobre a definição da agenda de desenvolvimento do país se cristalizou. Ao mesmo tempo em que os membros menores da Aliança de Esquerda, COSATU e SACP, expressavam sua desaprovação à orientação neoliberal do GEAR e ao agravamento das mais agudas refrações da questão social (PEREIRA, 2013).

Durante o governo Mbeki, foi lançado o maior plano de reestruturação econômica orientado para permitir uma maior participação da população negra na economia, expandindo a cobertura do BEE, ao mesmo tempo em que o governo aprofundou seu relacionamento com o FMI e o Banco Mundial. Isto aumentou o descontentamento com seu governo entre a aliança de esquerda e os movimentos sociais progressistas (DAVIE, 2015; HABIB, 2013).

Mas a atitude que evidenciou que, além de neoliberal, o governo Mbeki era neoconservador, e que ocasionou críticas internacionais, foram os pronunciamentos do presidente de que o HIV não ocasionava necessariamente a AIDS e deixou a população sem acesso a medicamentos antirretrovirais até 2004, quando retrocedeu em decorrência da pressão nacional e internacional. Vale pontuar que, nesse período, existiam cerca de 5.5 milhões de sul-africanos vivendo com HIV (POSEL, 2008).

O principal programa educativo sobre HIV/AIDS do governo Thabo Mbeki, uma réplica sul-africana do Programa ABC dos Estados Unidos da América⁵¹, recomendava a abstinência sexual, estimulava a fidelidade entre os parceiros, que só deveriam fazer sexo após o casamento,

⁵¹ O Programa Abstinence-only, Be faithful, use a Condon (ABC), cristaliza o encontro entre discursos religiosos, neoliberais e moralistas sobre os corpos. A política ABC significa: Abstinência antes do casamento, fidelidade monogâmica e uso de preservativo quando necessário. Segundo Susser (2009), Rocha (2011) e Sastry e Dutta (2013), esse Programa não faz avançar temas como orientação sexual, contraceptivos, e negociações em torno de práticas sexuais seguras. A proposta do ABC, implementada em muitos países africanos e na América Latina com o apoio do Governo Americano e da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), não aborda a redução de danos para usuários de drogas, nem ações para as profissionais do sexo. O foco é heterossexual, com sexo no casamento e virgindade como valor pré-nupcial. Dos recursos para prevenção do Fundo Global para Aids, Malária e Tuberculose, em cinco anos só foram gastos 60% para implementar a metodologia. Sobre isso, ver o trabalho de Evandro Alves Barbosa Filho e Solange Rocha (2016).

além de enfatizar a importância do uso de camisinha. O conservadorismo e o controle sobre os corpos foram ao extremo de o Governo negar o acesso aos antirretrovirais até mesmo aos recém-nascidos, em que a medicação poderia garantir o controle sobre o vírus (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016; HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012).

Apesar dos avanços observados em áreas sociais como habitação, saúde, educação, durante o governo Mbeki, a grande maioria da população negra ainda sofria com o desemprego de longa duração e criticava as políticas neoliberais, a precariedade dos serviços públicos e a privatização quase total dos serviços de bem-estar social. Esta realidade evidenciava que a coalizão entre a elite política do ANC e frações da burguesia, representadas pelo MEC, teve continuidade pós-Mandela e o poder político que as grandes empresas e multinacionais, majoritariamente dominadas por brancos, conquistaram, mesmo depois da desracialização do Estado, estando assentada no poder das corporações. Por mais negra que tenha se tornado a burocracia e os dirigentes do Estado, por meio das ações afirmativas, a África do Sul parece materializar a clássica análise de Marx e Engels presente no *Manifesto do Partido Comunista* sobre o Estado ser um comitê executivo da burguesia.

Assim, os dois primeiros governos do ANC foram permeados por conflitos do partido com a sua Aliança de Esquerda e com os sujeitos coletivos progressistas da sociedade sul-africana, que não concordavam com as políticas neoliberais introduzidas por Mandela e aprofundadas por Mbeki. A partir desse momento, começaram a surgir conflitos também entre Thabo Mbeki e o vice-presidente, Jacob Zuma, que possuía o apoio dos aliados da esquerda do ANC: SACP e COSATU. Nesse período, Jacob Zuma foi acusado de corrupção, por envolvimento num acordo sobre armamentos. Ele foi afastado da vice-presidência por Mbeki em 2005 e enfrentou um processo judicial. Se o presidente conseguiu afastar o seu principal rival interno, que contava com grande popularidade entre os africanos das classes populares, o outro efeito do afastamento e criminalização de Jacob Zuma foi um incremento da oposição a Thabo Mbeki.

Não tardaram a surgir declarações de que o processo teria sido motivado por aliados de Mbeki e pela mídia conservadora, alinhada aos setores financeiros e minerais do capital, o que o levou a ser arquivado. Na verdade, os aliados da esquerda encontraram em Jacob Zuma uma

alternativa para a recuperação de uma agenda (neo)desenvolvimentista mais voltada às necessidades sociais dos sul-africanos mais pauperizados. Nesse momento, quase 10 anos após o fim do *apartheid*, já era claro o fracasso do GEAR em promover crescimento econômico, gerar empregos e responder aos *PUI problems* e demais refrações da questão social, que só haviam se agravado.

Jacob Zuma também recebeu apoio da Liga Jovem do ANC, da Liga das Mulheres do ANC e da Liga Jovem Comunista. O apoio dos setores populares a Zuma foi tão grande que, em 2006, ele recuperou os planos de se tornar o novo presidente da África do Sul. A tensão entre Thabo Mbeki e Jacob Zuma atingiu seu clímax em 2007, quando o presidente foi derrotado por Zuma nas eleições para a liderança do ANC. Em setembro do ano seguinte, Thabo Mbeki renunciou ao cargo de presidente do país por pressões do próprio ANC, o que levou onze ministros a seguirem-no.

Isto ocasionou diversas tensões também no mercado financeiro pela saída do ministro das finanças Trevor Manuel⁵². Nesse contexto, a avaliação que se fazia do governo Mbeki é de que ele

⁵² Talvez a biografia mais reveladora do giro neoliberal dos antigos ativistas antiapartheid seja a de Trevor Manuel, de antigo membro do *United Democratic Front* (UDF) sua atuação política se confunde com a História do Neoliberalismo Pós-*Apartheid*. Diversas vezes preso pelo Regime do *Apartheid*, Manuel se tornou membro do ANC durante os últimos anos do Regime (1990-1994), assumindo diversos cargos de liderança, primeiro na Província de Western Cape, e depois em nível nacional. Em 1992, ele se tornou o líder do Departamento de Planejamento Econômico do ANC. Dois anos depois, em 1994, foi eleito membro do Parlamento e indicado pelo então Presidente, Nelson Mandela, como Ministro do Comércio e da Indústria. Em 1996, Manuel assumiu o Ministério das Finanças e teve um papel de protagonista na efetivação do neoliberalismo no país, a partir da sua liderança na elaboração do Programa de Reforma Neoliberal, o GEAR. Amplamente legitimado entre as frações financeiras e mineradora do capital no país e no exterior, Trevor Manuel, foi apontado em 1994, pelo Fórum Econômico Global, *The World Economic Forum* (WEF), como um “líder global do futuro”, *Global Leader for Tomorrow*. Desde então, Trevor Manuel recebeu diversos prêmios de organismos multilaterais, financeiros e universidades alinhadas ao pensamento neoliberal, que o consideram o “mais competente” Ministro da África do Sul, ignorando o engajamento e os resultados de Ministros como o da Saúde, Aaron Motsoaledi, que em menos de uma década coordenou o maior Programa Público de antirretrovirais do mundo, que em abril de 2015, chegava gratuitamente a 3.1 milhões de pessoas, quase a metade dos 6.4 milhões de sul-africanos soropositivos. Trevor Manuel é figura frequente nos encontros do WEF em Davos, por ter ocupado o Ministério das Finanças entre os anos de 1996 e 2009, auge da implementação dos Programas de ajuste neoliberal, e por ter presidido a *National Planning Commission* (NPC), agência governamental responsável pelo planejamento estratégico nacional e que funciona em contato direto com o presidente e os ministros. Manuel liderou o NPC entre 2009 e 2014, sendo substituído em junho de 2014 pelo já citado ex-líder antiapartheid e empresário, Cyril Ramaphosa. É interessante notar que mesmo que a história de Trevor Manuel se confunda com a de construção da supremacia neoliberal na África do Sul democrática, poucos estudos acadêmicos analisam essa relação. Em um ano de estágio Doutoral na

centralizou excessivamente o poder político, ignorando as alianças partidárias do partido, sobretudo com os grupos e partidos de esquerda. Embora também seja reconhecido como o responsável pelo crescimento econômico da África do Sul, em torno de 4,5% ao ano, Mbeki é identificado como um presidente voltado à preservação do poder de classe dos brancos e da nova elite negra, preservando a estrutura socioeconômica do *apartheid* e aprofundando as políticas neoliberais (HABIB, 2013; PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2012).

A transição com Mbeki beneficiou, desproporcionalmente, as classes mais altas em detrimento das camadas mais pobres, o que muitas lideranças do CNA rejeitaram. Foram muitas as desigualdades que marcaram os primeiros anos da transição [à democracia], que acabaram por forjar uma elite pouco politizada. Objetivamente, o governo Mbeki herdou um Estado falido e foi confrontado com um conjunto de expectativas ambiciosas dos grupos de poder que dominavam a África do Sul. Além disso, o presidente teve de enfrentar uma greve de investimentos da comunidade de negócios, que o levou a fazer uma série de concessões econômicas. Tão logo foram decididas as concessões econômicas, outro dilema emergiu: como ter esse programa aprovado pelos próprios companheiros de partido. Para alguns observadores, Mbeki passou por cima de estruturas democráticas que ele mesmo havia inaugurado. Logo o COSATU e SACP, além de outros grupos que discordavam de Mbeki nas tomadas de decisão do partido, foram marginalizados.

Outro aspecto importante para caracterizar a crise do governo Mbeki reside, justamente, em sua base de apoio. Diferentemente da base de apoio do CNA, os apoiadores de Mbeki constituíam-se na *intelligentsia* e nas classes média e alta urbanas, tanto negras quanto brancas. Nesse conjunto, definiam-se principalmente os negros, como uma significativa proporção de ativistas e lideranças de base do CNA, que acabaram por abandonar o presidente. Esse grupo desamparou Mbeki não somente no âmbito do CNA, mas também, mais amplamente, na sociedade (PEREIRA, 2012, p.147-148).

Durante o governo de Thabo Mbeki foi divulgado que 91% da população passaram a ter acesso à água potável. Mas o que fica oculto nessa construção discursiva é que a maioria dos serviços de bem-estar social e de necessidades básicas, como o acesso à água, foi privatizada. A disponibilidade, a oferta chegava a todos ou quase todos enquanto um bem mercantil. O acesso dependia apenas das condições dos cidadãos de pagarem por eles, sendo uma alternativa impraticável a grandes parcelas da população sul-africana, sobretudo nas áreas rurais em que o

University of Cape Town, não foi encontrado nenhum artigo acadêmico, dissertação ou tese que tenha analisado o papel do antigo ministro na materialização do neoliberalismo.

desemprego, a pobreza e as iniquidades no acesso a serviços básicos eram mais acentuados (BUTLER, 2004; SITAS, 2010).

Mas a dinâmica neoliberal pós-apartheid também teve implicações deletérias às condições de vida dos sul-africanos não brancos nas regiões metropolitanas do país. A maioria dos negros em áreas metropolitanas ainda vive em *townships*, da mesma forma que a minoria *coloured* ainda se concentra em assentamentos mais precários, como os chamados *cape flats* que fazem parte da paisagem urbana periférica de Cape Town, a novidade na dinâmica espacial de um país que por séculos segregou a ocupação territorial com base na raça é que cada vez mais as *townships*, os *flats* e a moradias de aluguel social perdem lugar para um processo de desenvolvimento especulativo urbano. E como o Estado pós-*apartheid* vem intervindo sobre a questão da moradia e da disponibilidade de infraestrutura urbana e de equipamentos públicos de bem-estar social? Ponto fundamental em qualquer medida estrutural de promoção da saúde. A resposta, indicada na pesquisa de Pernegger (2015), aponta que, em linhas gerais as políticas de moradia, habitação e assentamentos humanos pós-*apartheid* aprofundam a segregação espacial, de classe e raça.

Embora desde 1994 o ANC financie projeto habitacionais públicos, concentrados em áreas remotas e de precária infraestrutura de serviços básicos, como fazia o regime do *apartheid*, tanto o Governo Nacional, como o das províncias mais ricas: Gauteng, Western Cape, KwaZulu-Natal têm incentivado a mercantilização das políticas habitacionais de promoção de moradia e de aluguéis sociais, diminuindo as chances de famílias que pagam aluguéis subsidiados pelo Estado e de trabalhadores mais pobres de se manterem morando em áreas centrais (BUNDY, 2014; PERNEGGER, 2015; SIHLONGONYANE, 2015).

O exemplo mais claro da segregação espacial conduzida pela comodificação da política habitacional na África do Sul é o da região metropolitana de Cape Town, em que construtoras e imobiliárias internacionais, desde a realização de grandes eventos como a Copa do Mundo de 2010 e a eleição de Cape Town como a capital mundial do Design, em 2014, e a expansão do turismo internacional que acompanhou a realização desses mega eventos, criaram o clima especulativo para a cidade mais cara da África do Sul estruturar políticas de mercado que aprofundaram a

gentrificação, levando os trabalhadores e trabalhadoras mais pobres, muitos dos quais só chegaram na Cidade do Cabo depois do fim do bantustões, em 1990, a serem expulsos pelo aumento dos preços dos aluguéis e desmonte dos subsídios municipais para moradia (MURRAY, 2015; WENZ, 2015). É interessante notar que esta política de mercantilização assume uma clara nuance racial. As pessoas que vêm ocupando as áreas historicamente ocupadas por *coloureds*, como *Bookap*, ou negros e *coloureds* como *Muizenberg*, são em sua maioria brancos, oriundos de outras regiões da cidade, da África do Sul e de outros países. Parece que a África do Sul da democracia neoliberal reproduz o modelo das cidades do *apartheid*, em que as pessoas de cor deveriam estar nas cidades apenas com a finalidade de vender a sua força de trabalho, retornando não mais para um bantustão, mas para assentamentos precários e cada vez mais densamente povoados. O novo sujeito desse processo é, então, o desenvolvimento especulativo do território que acompanha a difusão da racionalidade neoliberal.

Os impactos da urbanização controlada pelas forças de livre mercado, sob a proteção da forma política burguesa, o Estado, nas oito metrópoles sul-africanas, sobre as condições de saúde da força de trabalho mais pauperizada, precisa ser objeto de novos estudos. Estes poderiam analisar como as *unicities* e os distritos de saúde vêm se organizando para responder ao agravamento dos *PUI's problems*, aprofundados pela dinâmica urbana do capital.

A grave crise da oferta e da qualidade dos serviços de saúde foi um fato político marcante. Mais marcante ainda foi a repressão que o presidente impôs a todos os que o confrontaram sobre a condição dos serviços de saúde do país (BOND, 2014; SATGAR, 2013). Quando questionado em relação à criminalidade e à epidemia de violência que afetava a África do Sul, Mbeki argumentava que essas questões já estavam superadas, diminuindo a seriedade do aumento da criminalidade e da violência epidêmica. Ao invés de serem reconhecidas como questões públicas e desafios ao Estado, as críticas ao aumento da violência e à precariedade dos serviços de saúde, por parte dos setores e partidos progressistas, foram associadas por Mbeki e seus tecnocratas a uma agenda de dogmatismo racial (PEREIRA, 2012). Esta agenda promoveu a deslegitimação dos discursos socialistas dentro do próprio ANC.

As reações do presidente à crise dos serviços de saúde e à epidemia de violência consolidaram a imagem de Thabo Mbeki como um político impopular. No governo dele foi crescente a imagem de que as instituições e organismos estatais estavam sendo manipuladas para ganhos políticos pessoais. O presidente defendeu um ministro da saúde incompetente, depois de demitir a responsável pela pasta: Nozizwe Madlala-Routledge. Esta era uma ministra popular e legitimada socialmente por defender os interesses das pessoas que viviam com HIV/AIDS e das classes mais pauperizadas (DAVIE, 2015; POSEL, 2008). O autoritarismo de Mbeki e sua indiferença à condição de pobreza e falta de acesso e/ou qualidade dos serviços públicos da maioria da população ficou mais evidente quando demitiu Jacob Zuma, vice-presidente e vice-líder do ANC. Outro dissenso político que caracteriza a preferência de Thabo Mbeki pelas elites e pelas áreas urbanas ocorreu ainda em 1999, antes da demissão de Zuma.

Enquanto o presidente Mbeki debatia as políticas de seu novo mandato, Jacob Zuma insistia na necessidade de realização de uma reforma agrária e de que as áreas rurais necessitavam de mais políticas e ações voltadas à redução da pobreza e de expansão dos serviços e infraestrutura social, que sempre foram mais precários nas zonas rurais e nas áreas dos antigos bantustões (DAVIE, 2015). O presidente foi indiferente, pois as políticas de desenvolvimento econômico e social continuaram centradas nas áreas urbanas e o hiato entre a África do Sul urbana e rural aumentou (DAVIE, 2015; HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012; TERREBLANCHE, 2012).

As práticas políticas neoliberais de Thabo Mbeki, contraditoriamente, deram visibilidade e legitimidade às propostas alternativas do SACP, COSATU e dos membros mais progressistas do ANC. O presidente passou a ser gradativamente repudiado pelas classes sociais mais subalternizadas. Na verdade, o compromisso explícito de Mbeki com as burguesias urbanas e, conseqüentemente, com a implantação do neoliberalismo, transformou-se na legitimação de Jacob Zuma que, como alternativa popular aos 15 anos de neoliberalismo ortodoxo, lograria o cargo de presidente com expressiva votação, nas eleições realizadas em 2009.

Mas, com a renúncia à presidência de Thabo Mbeki, o cargo foi provisoriamente assumido por Kgalema Motlanthe, um político que contava com legitimidade tanto pela oposição quanto pelo

ANC. Motlanthe permaneceu presidente até as eleições seguintes, que ocorreram em abril de 2009. Diante do processo político que o conduziu ao cargo, ele teve que lidar com os temores nacionais e internacionais das classes dominantes sobre uma possível ruptura com as diretrizes econômicas do GEAR. Assim como ocorreu em crises políticas anteriores, o ANC respondeu a essas questões sinalizando que seriam mantidas as mesmas políticas econômicas, ou seja, a mesma estrutura fiscal e tributária neoliberal e padrões de intervenções do Estado sobre as refrações da questão social que não questionavam a mercantilização do sistema de bem-estar social e ofertavam mínimos sociais focalizados nos mais pobres.

Para que tais garantias fossem viabilizadas, o ministro dissidente e com ampla legitimidade entre o setor financeiro, Trevor Manuel, voltou ao Ministério das Finanças. Motlanthe, em seu curto governo, conseguiu garantir a estabilidade econômica e o equilíbrio institucional do Estado (DAVIE, 2015; HART, 2013; PEREIRA, 2012).

Como se viu, nas eleições de 2009, o ANC saiu vitorioso na disputa pela presidência pela quarta vez. Como era esperado, Jacob Zuma foi eleito presidente. As expectativas em torno do seu governo eram de uma maior participação da esquerda, particularmente da Aliança de Esquerda e dos setores mais progressistas do ANC, pelos esforços de conciliação entre agenda social e econômica realizados pelo presidente e do retorno à agenda de reforma social orientada às necessidades da classe trabalhadora sul-africana. Como apontam Grace Davie (2015) e Leila Patel (2014), existia a expectativa por parte dos setores mais pauperizados de que Zuma representava o retorno às propostas welfaristas do RDP e da *Freedom Charter*, o que foi prometido na introdução do Manifesto Eleitoral do ANC em 2009.

No entanto, as expectativas foram maiores do que as mudanças concretas. Zuma se comprometeu com a recomposição dos ministérios e o Programa de Governo do ANC, *Working Together We Can Do More* (2009), tinha uma série de metas para responder às necessidades sociais da classe trabalhadora e afirmava o papel do Estado na regulação e desenvolvimento da economia, especialmente na esfera da distribuição, por meio da expansão de programas e serviços sociais básicos. No entanto, o Plano de Governo do primeiro mandato de Jacob Zuma também afirmou

que os rumos da política econômica não seriam modificados. Como se vê, a margem de uma transformação substantiva nas esferas da produção e da reprodução social são remotas. Este Manifesto do ANC para o governo Zuma expressou a intenção de diminuir a pobreza no país, além de aumentar a oferta de serviços e benefícios públicos, apesar de não apontar quais estratégias seriam utilizadas para tal e de onde viriam os recursos, já que os avanços dos Ministérios responsáveis pelas políticas sociais e ambientais eram permanentemente contidos pela política de ajuste neoliberal.

A História da democracia sul-africana, em seus 21 anos de existência demanda uma postura cética em relação às transformações que podem ser realizadas pelo novo governo do ANC. As agendas reformistas socialistas e pan-africanistas parecem ter ficado na superfície do discurso do partido, surgindo bem mais como estratégia de legitimação discursiva de auto-representação positiva frente à sua principal base eleitoral, os sul-africanos negros mais pauperizados, apelando para a sua imagem de partido de libertação, que conduziu a transição relativamente pacífica, sem uma guerra civil ou um genocídio, como aconteceu em vários países da região. A memória do regime do *apartheid* ainda fortemente presente no imaginário dos sul-africanos, mesmo das gerações que nasceram após o fim da autocracia racial ainda é fortemente presente no imaginário social sul-africano. Mesmo assim, o ANC não está livre de sofrer críticas por suas políticas desproporcionalmente orientadas à acumulação de capital, em detrimento das necessidades da classe trabalhadora negra.

Por isso, como resposta ao fracasso das políticas neoliberais mais ortodoxas, implantadas durante os Governos de Nelson Mandela e Thabo Mbeki, em ao menos, controlar a dívida social do *apartheid*, desde o final do governo Mbeki, as práticas políticas neoliberais já estavam retrocedendo. O que se observa pelo aumento da intervenção do Estado, mas isso não significou o retorno aos antigos projetos reformistas do ANC. Os efeitos da crise capitalista de 2008 sobre a economia sul-africana colocaram um fim até mesmo no *boom* de empregos precários e de baixa remuneração que garantiram a integração de parcelas significativas dos negros na chamada classe média.

Vale ressaltar, que a privatização não assume tanta centralidade no discurso do ANC, como foi manifesto nos anos 1990. Desde o início do governo de Jacob Zuma verificou-se um importante incremento do financiamento das políticas e programas sociais. Na atualidade, mais de 14 milhões de sul-africanos recebem algum subsídio financeiro do estado em formato de bolsa, as *social grants* (SEEKINGS & MOORE, 2013). No primeiro semestre de 2016, o número de sul-africanos beneficiados pelas *social grants* chegou a 16.9 milhões (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016).

O orçamento para as políticas de saúde e educação também cresceu. E o investimento maciço em infraestrutura também expressa um novo tipo de prática política, mas que não necessariamente rompe com o neoliberalismo ou responde à dívida social do *apartheid* e da segregação do período colonial e da União Sul-africana. A África do Sul tem o maior programa de investimentos realizados pelo Estado (400 bilhões de rands, cerca de 100 bilhões de dólares) investidos em infra-estrutura de serviços. Esse valor será superado por outro investimento público estatal - em torno de 1,3 trilhão de rands, ou seja, 325 bilhões de dólares – no setor de energia nas próximas duas décadas, especialmente da energia nuclear.

A dimensão dos recentes investimentos do governo sul-africano em infraestrutura o colocou, segundo economistas e analistas políticos, no grupo dos países denominado por Ian Bremmer (2011) de “capitalistas de Estado” e de “Estados indutores do desenvolvimento”, formado por Brasil, China, Rússia, Índia. Mas, na verdade, Jacob Zuma, emergiu como uma alternativa popular.

Na vitória dele na eleição presidencial estava embutida a esperança das classes populares de terem suas necessidades sociais atendidas, ou seja, a implementação de políticas sociais pró-massa implícitas na lógica de um Estado de bem-estar social. É válido observar que a centralidade do mercado no discurso governamental foi substituída pela do desenvolvimento. Mas, fundamentalmente, a maior expectativa dos sul-africanos, sobretudo em seu primeiro mandato, era de que o atual presidente mobilizasse de maneira mais rápida, coerente e efetiva medidas de Estado na direção à superação da dívida social do *apartheid*.

Zuma, desde seu manifesto eleitoral em 2009, foi claro no objetivo de consolidar uma África do Sul desenvolvimentista. Todavia, concretizar esse propósito significaria solidificar as políticas já existentes (vale lembrar, as de Mbeki, de apelo neoliberal) e, ao mesmo tempo, responder à proposta de um Estado distributivo, de apelo socialista, defendida pelos aliados da esquerda e aguardada pela maioria da sociedade. Em outras palavras, a não resolução desse impasse pode engendrar uma nova onda de fúria social, como já demonstrado nas greves e manifestações de todo tipo ocorridas imediatamente após a posse de Zuma (PEREIRA, 2012, p. 151).

Os programas sociais, sobretudo os programas de transferência de renda, e o investimento massivo em infraestrutura, sem romper com as orientações neoliberais do GEAR, evidenciam a opção social-liberal adotada por Zuma e a conformação do Estado Gerencial sul-africano. A maior extensão dos programas sociais não parece apontar para reformas estruturais, como a agrária e a tributária, que poderiam promover uma melhor distribuição da riqueza nacional e que agora justificam o surgimento e rápido crescimento de partidos políticos populistas na África do Sul, a exemplo do *Economic Freedom Fighters* (EFF).

Em 21 de maio de 2014, Jacob Zuma foi reeleito para um segundo mandato pelo ANC. Apesar dos escândalos de corrupção registrados durante o seu primeiro mandato, ele conseguiu uma expressiva vitória nas eleições gerais do dia 7 de maio, com 62,15% dos votos, uma porcentagem 3.75% menor do que a das últimas eleições gerais. Foi a quinta vez consecutiva que o ANC alcança a maioria absoluta no parlamento, o que permitiu a escolha de seu líder como presidente da África do Sul para os próximos cinco anos. O segundo partido mais votado continua a ser o *Democratic Alliance*⁵³, que era liderado por Helen Zille e permaneceu no posto de primeiro

⁵³ Embora desde o fim do *apartheid* seja o maior partido de oposição na África do Sul, a *Democratic Alliance* (DA), que governa a Província de Western Cape, desde as eleições de 2009, a segunda mais rica, e que apresenta os melhores indicadores sociais e as maiores taxas de crescimento econômico, este partido apresenta posições políticas de centro-esquerda e centro-direita, sendo membro da *Liberal International* e registrando suas origens ainda durante o *apartheid*, com os membros da oposição ao Partido Nacional que formaram o que foi inicialmente chamado *Progressive Party* – Partido Progressista, durante a década de 1970. É necessário, em futuras pesquisas, analisar a relação entre as ideologias e práticas políticas da DA e o seu padrão subnacional de bem-estar social, que mesmo criticado por movimentos sociais e pelo ANC tem demonstrado melhores resultados em suas medidas de oferta de serviços sociais e de saúde básicos aos mais pobres. Outro ponto a ser considerado é o do alegado não repasse dos valores adequados pelo Governo Nacional ao governo da província sob o comando da DA. Nesse contexto de complexas relações intergovernamentais também é necessário analisar a utilização do fundo público pelo Partido de Oposição na implantação da Política Nacional de Saúde e na organização dos distritos sanitários, que, semelhante ao que ocorre no Brasil, vem demandando alianças entre governos de diferentes partidos e com

partido da oposição, ao subir quase seis pontos em relação às últimas eleições (5.57%), e alcançando 22,23% dos votos. O terceiro partido político mais votado foi o recém-criado EFF, que sob liderança de Julius Malema logrou 6.35% dos votos.

O relato do cientista político Prince Mashele, que em co-autoria com o internacionalista Mzukisi Qobo publicaram, em 2014, o livro *The Fall of the ANC* (A Queda do ANC), em uma entrevista recente, realizada no dia das eleições presidenciais, resume bem uma visão dos sul-africanos sobre o primeiro governo de Jacob Zuma, assim como, da mudança da imagem coletiva do ANC, de um partido de emancipação política e justiça social a de uma organização corrupta. A entrevista foi realizada em 07 de maio de 2014, à Ana Dias Cordeiro, do *Jornal Público*, de Portugal⁵⁴.

A uma crónica recente deu o título “África do Sul é demasiado boa para ser destruída por tolos” (“South Africa is too great to be destroyed by fools”). Quem são os tolos que estão a tentar destruir o país?

Na cúpula do partido no poder, o ANC, há uma clique de líderes corruptos. Vários escândalos recentes de corrupção envolveram dirigentes seniores do partido e, no topo, também o Presidente, Jacob Zuma. São tolos porque não compreendem as implicações no longo prazo dos seus actos corruptos.

Essas pessoas estão a destruir o país?

Estão a destruir, sim. Desde que Jacob Zuma passou a liderar o partido, em 2008, e, depois, foi eleito Presidente, em 2009, enfraqueceu as instituições públicas, para que ele e as pessoas da sua confiança tirassem benefícios da corrupção do Estado.

Estas são as mesmas pessoas que estão ligadas à “Queda do ANC”, o título do livro de que é co-autor? Ou essa queda começou antes de Zuma?

Há certos elementos desta queda que começaram antes de Zuma chegar ao poder. O escândalo da compra de armas [nos anos 1990] decorreu durante a liderança de Nelson

orientações políticas, possivelmente, distintas. Já se sabe das resistências do governo da Província em implantar o sistema nacional de saúde, segundo os modelos e estratégias formulados pelo Departamento Nacional de Saúde para a reforma do sistema nacional de saúde (RISPEL & MOORMAN, 2013). Por sua orientação liberal e neoliberal, a DA vem defendendo um papel mais ativo do Estado em criar as condições ideais de acumulação de capital no território, por meio do investimento em infraestrutura pública, segurança, incentivos fiscais e a provisão de serviços básicos aos mais pobres entre os pobres e na defesa do papel dos provedores privados de saúde na África do Sul.

⁵⁴ Disponível no endereço eletrônico: <http://www.publico.pt/mundo/noticia/os-sulafricanos-nao-gostam-de-zuma-mas-permanecem-leais-ao-anc-1634837> Acesso realizado em: 27/05/2014.

Mandela. Envolveu empresas francesas, britânicas e alemãs no pagamento de subornos a responsáveis sul-africanos, e alguns foram julgados e condenados. Mas a corrupção aumentou muito sob a liderança de Zuma. E a queda do ANC está relacionada com isso. Não me refiro a uma queda no sentido eleitoral, que possa ser sentida nos resultados das eleições de hoje, mas no sentido em que a imagem do ANC enquanto organização credível caiu. As pessoas, hoje, associam o ANC a uma organização de pessoas corruptas. É uma imagem muito diferente da que o partido tinha no passado.

E nada disso, segundo as sondagens, virá a afectar o resultado das eleições de hoje. Como se explica isso?

O ANC ainda é popular junto da maioria da população, porque, nos últimos anos, fez muito pelos pobres, que representam cerca de metade dos sul-africanos. Distribuiu gratuitamente casas, serviços de electricidade e água, o que antes as pessoas não tinham. Uma grande parte da população recebe subsídios e ajuda do Estado. Há desemprego, mas também há ajudas sociais. Com isto, percebemos porque é que os pobres continuam a votar no ANC. Essas ajudas mantêm-nos ligados ao partido.

O ANC é popular. E o Presidente, Jacob Zuma?

É muito impopular. Todas as sondagens o colocam abaixo dos 40% de opiniões favoráveis. E essa percentagem, na África do Sul, é extremamente baixa. Os sul-africanos não gostam de Zuma, mas permanecem leais ao ANC.

A oposição ainda não conseguiu decolar para se posicionar como alternativa de Governo?

A maioria dos sul-africanos não confia na Aliança Democrática [DA, na sigla em inglês], o principal partido da oposição. É visto como um partido dos brancos e dos privilegiados. Em resultado disso, não é visto como uma alternativa para governar.

Também porque o apartheid ainda está muito presente?

Na psicologia dos sul-africanos, o apartheid ainda está vivo e capaz de influenciar o resultado das eleições.

A análise de Mashele evidencia a permanência da corrupção e do jogo de privilégios da elite política do ANC e a continuidade do enfraquecimento das instituições públicas do Estado, durante o primeiro governo de Zuma. E que a impopularidade do presidente não alterou a lealdade dos setores mais pauperizados da sociedade sul-africana ao ANC, ocasionada pela memória da libertação do *apartheid*, e aos programas sociais que acompanharam a democracia.

Percebe-se, então, que o transformismo das lideranças do ANC orientado à manutenção das diretrizes econômicas e sociais permaneceu, mesmo sem o apelo constante ao discurso neoliberal mais ortodoxo, característico do governo de Nelson Mandela e dos governos de Thabo Mbeki. Para

Terreblanche (2012) e Gillian Hart (2013), esse vínculo entre a imagem do ANC e os programas sociais, sobretudo os programas de transferência de renda, e a sequência de governos do partido de libertação nacional enfraquecem as relações democráticas da África do Sul. Mas Mashele, assim como Ari Sitas (2010), apontam para uma transformação negativa da imagem do ANC.

Os limites dos projetos político-partidários, mesmo dos partidos orientados às lutas da classe trabalhadora, se encontram na própria natureza burguesa do Estado, a forma política engendrada pela sociabilidade do capital, o que torna inexecutável a proposta de um “socialismo jurídico”, mas que legitima a luta político-partidária como um espaço de exposição das contradições da política sob o capitalismo e do Estado, e de pleito por questões necessárias às demandas objetivas da classe trabalhadora (ENGELS & KAUTSKY, 2012).

Resta questionar, a partir do caso sul-africano, quais os limites e as possibilidades à emancipação política em uma democracia em que só um partido ocupa o poder? Este partido erigiu uma estrutura econômica coerente às necessidades de restauração do poder de classe do capital nacional e internacional e ao florescimento de uma elite negra, dando fim à estrutura econômica do *apartheid* somente no topo da pirâmide social; e formulou uma estrutura política que provê renda mínima a mais de 25% da população, 16,9 milhões de pessoas, além de alguns serviços sociais básicos a um número ainda maior de sul-africanos. O que pode abalar o equilíbrio entre forças tão distintas conquistado pelo ANC? Seriam os mais de 10 milhões de sul-africanos vivendo em pobreza extrema?

A resposta a esta questão parece ter surgido no cenário social sul-africano no ano de 2015: a ação coletiva de confronto. Ação política e organizada não só em torno das políticas econômicas, que supercapitalizaram o bem-estar social e acentuaram a estrutura desigual do capitalismo racial do *apartheid*, mas também o confronto contra as ideologias coloniais e oriundas dos antigos sistemas, que continuam a existir nas instituições do Estado e nos discursos políticos do ANC.

Neste ano, além de ser amplamente conhecido por sua corrupção, que faz o regime democrático de governo da África do Sul ser conhecido como “cleptocrático” ou de “cleptocracia eleitoral”, o ANC também vem sendo reconhecido, até pelo setores mais pobres da sociedade, por

utilizar os seus manifestos e discursos políticos para conduzir uma abdução coletiva dos setores mais pauperizados por meio de promessas e de uma agenda social que ele não tem condições de cumprir, mediante a permanência da política de ajuste neoliberal que o partido reproduz enquanto se mantém no poder. Talvez esta estratégia ideológica e discursiva esteja chegando ao seu fim. Pois, em 2015, uma série de ações coletivas de protestos e a insatisfação com os resultados das investigações sobre o Massacre de Marikana evidenciaram para amplas extensões da sociedade e para as gerações nascidas/ou educadas no pós-1994, a transformação conservadora do ANC e o seu compromisso em preservar as ideologias coloniais e neoliberais dentro das instituições do Estado, como as universidades públicas.

Como apontava a capa do Jornal Sul-Africano mais lido da África do Sul, o Mail & Guardian, de 23 de dezembro de 2015: *People Power – the year we put statues and presidents in their place* (A Força do Povo – o ano em que nós colocamos estátuas e presidentes em seus lugares). Essa organização de mulheres e homens de diversas frações de classes sociais que vivem do trabalho e de composição multirracial ampliou o debate sobre as desigualdades materiais, políticas e simbólicas na África do Sul contemporânea. Esta mobilização coletiva, parece ter sido iniciada em março de 2015, com o movimento pela descolonização das universidades e dos discursos científicos e institucionais que circulam dentro dos muros das instituições de ensino superior que, predominantemente, ainda reproduzem os discursos racistas e colonialistas oriundos dos regimes anteriores.

Esses movimentos de ação coletiva de confronto sem precedentes na África Pós-apartheid e, aparentemente, ainda em curso, têm mobilizado as universidades sul-africanas e paralisado as maiores cidades do país, culminando com a marcha realizada no dia 23 de outubro na frente dos *Trade Union Buildings*, o prédio principal do Governo sul-africano em Pretória, enquanto o neoliberal ministro das finanças, Nhlanhla Nene, um aberto defensor do controle fiscal e das políticas de austeridade, realizava seu discurso.

A última vez em que os estudantes se organizaram dessa forma para protestar por melhorias na qualidade e no acesso à educação foi durante o Levante de Soweto, em 1976. Diferente de

Soweto, em que estudantes negros protestavam contra a obrigatoriedade de pagar pelo ensino e pela obrigatoriedade do ensino em africâner e do inglês, enquanto os estudantes brancos tinham escolas gratuitas, de excelente qualidade e não tinham que aprender nenhum dos nove idiomas nativos dos negros, os protestos de outubro aglutinaram uma maioria de estudantes negros, mas havia a participação de estudantes brancos, *coloured*, indianos e estrangeiros, em luta pelo fim dos abusivos aumentos anuais das taxas das universidades, que variam de 10% a 11,5%.

A onda de protestos se iniciou na segunda metade do mês de outubro na Universidade de Witwatersrand, conhecida como Wits University, em Joahannesburg, Província de Gauteng. Os integrantes do movimento defendiam que o aumento das tarifas universitárias aprofundaria a desvantagem dos estudantes negros, que são pouco representados dentro da comunidade universitária de uma nação que é 80% formada por negros. Os protestos se espalharam por todo o país, até a última semana de outubro. Protestos e grandes marchas foram realizadas em Johannesburg, Pretoria, Durban, Port Elizabeth, Cape Town, Potchefstroom e Grahamstown e os protestos, assim como os demais iniciados neste turbulento ano, repercutiram internacionalmente.

Os estudantes lograram a sua demanda inicial de cessar o aumento das *tuition fees* (taxas do ensino universitário) para o ano de 2016, em que depois do movimento se nacionalizar realizando protestos nas maiores cidades sul-africanas e paralisar e/ou ocupar as principais universidades, o Ministro da Educação, Blade Nzimande, que também é líder do SACP, o Partido Comunista, apontou a existência de recursos suficientes para cobrir os custos universitários de 2016, preservando a qualidade dos serviços de ensino e pesquisa. Como era esperado, tendo em vista a rígida contenção dos investimentos em políticas sociais, o Ministro das Finanças criticou o movimento e as posições do Ministro da Educação. O presidente Jacob Zuma, diante dos protestos e ciente dos conflitos entre a agenda social-liberal e a supremacia da finança neoliberal, não se pronunciou sobre o tema.

É necessário evidenciar que as pautas dos protestos eram muito mais amplas do que a questão das tarifas universitárias. Na verdade, esta parece ter sido apenas o conflito que fomentou a politização de uma série de problemas da África do Sul Pós-apartheid. Os protestos também

problematizaram a mercantilização da educação superior e a permanência na estrutura educacional de racionalidades patriarcais, racistas e privatistas oriundas do *apartheid* e das políticas neoliberais aprofundadas pelo ANC.

Os estudantes defenderam a necessidade de “descolonizar” e de “transformar”, por meio de reformas, as instituições de ensino superior. Além disso, a acentuada exploração de trabalhadores terceirizados nas universidades sul-africanas, majoritariamente em posições mais subalternizadas como equipes de limpeza, segurança, pessoal administrativo e de serviços gerais, obviamente, majoritariamente formada por trabalhadores negros e a libertação dos estudantes que foram presos pela Polícia sul-africana. Mais uma vez as forças de segurança do Estado foram mobilizadas e usaram da violência para conter os protestos e as ocupações das universidades. Mesmo sem ter nenhum caso de violência letal contra os estudantes ou contra as forças de segurança, incontáveis estudantes e trabalhadores foram feridos ou detidos. Mesmo assim, os movimentos pela descolonização das mentalidades acadêmicas, o Movimento *Rhodes Must Fall* (Rhodes Deve Cair), iniciado com os protestos pela retirada da estátua de Cecil Rhodes do campus da University of Cape Town, ainda em março de 2015, resultando na retirada da estátua, continuaram por todo o ano de 2015 e se estendem até outubro de 2016. Já que a figura deste poderoso colonialista e defensor da segregação racial representava apenas um signo material do sistema de pensamento colonial, racista, machista e capitalista ainda hegemônico na estrutura de ensino. As discussões críticas em torno das relações de poder afirmadas pelas epistemologias acadêmicas agregaram força para o movimento pela desmercantilização do ensino superior, o Movimento *Fees Must Fall* (As Taxas Devem Cair).

Alguns dados evidenciam os motivos da insatisfação com o Governo permanecer forte e se tornar algo que aglutina cidadãos e cidadãs de diferentes frações classes e grupos étnicos. Em 2015, a África do Sul, sob vários aspectos, era o país mais desigual do mundo. O Relatório do STATSSA, publicado em agosto daquele ano e intitulado *Labour Market Dynamics in South Africa – 2014* (Dinâmica do Mercado Laboral na África do Sul - 2014) demonstrava que os 10% com melhores salários recebem em média 90 vezes mais que os 10% mais pobres e o 1% melhor remunerados têm renda mensal 393 vezes superior aos 10% mais pobres. As iniquidades medidas pelo

coeficiente de gini, atingiram 0.66, evidenciando que níveis agudos de desigualdades vêm aumentando na África do Sul desde o fim do *apartheid*.

Mais de 20 anos após a queda do Partido Nacional, a maior parte da classe trabalhadora sul-africana não consegue garantir as suas necessidades básicas. Pesquisas como a supracitada realizada pelo STATSSA, e as realizadas por Gracie Davie (2015) e Vusi Gumede (2015) mostram que um trabalhador com uma média de três dependentes precisa receber um salário mensal de 4.125 Rands, pouco mais de US\$ 300 para viver acima da linha da pobreza. Entre os trabalhadores negros, cerca de 60% ganham menos do que isso, confirmando que a clara consubstancialidade de classe e raça continuou a sobreviver na democracia de forma tão vigorosa como nos tempos da autocracia branca. As possibilidades de ascensão por meio da educação também são represadas pela mercantilização do ensino superior e pelos baixos salários pagos aos negros e negras. Mesmo com a existência de programas de bolsa de estudos, insuficientes em um país rico, mas com uma grande população de pobres e pessoas vivendo em pobreza abjeta, as taxas das universidades públicas podem chegar a 40.000 Rands anuais, tornando a educação superior inatingível para grande parte das famílias, sobretudo das famílias negras, subrepresentadas nas universidades do país, tanto na condição de discentes, como na de docentes.

Esta geração de jovens que em 2015 se voltaram contra a mercantilização e a racionalidade colonial da universidade enfrentam obstáculos de uma crise maior: um terço dos jovens entre 15 e 24 anos não estão empregados ou no ensino superior e a taxa de desemprego para este grupo é de 50%. A educação primária e a secundária também continuam inadequadas, sobretudo nas áreas rurais e nas *townships*, territórios predominantemente ocupados por negros e negras. Embora tenham sido observadas a expansão e melhorias dos serviços básicos de educação, como o ensino primário e secundário, este conjunto de protestos e ações coletivas de confronto e as denúncias de corrupção estrutural, já que sozinho Jacob Zuma acumula mais de 700 denúncias de corrupção, a desvalorização do rand em relação ao dólar americano, devastadora em um país que importa bens manufaturados e alimentos, culminou no pedido de *impeachment* do presidente em 2016. A denúncia que justificou o pedido de *impeachment* foi o caso Nkandla, em que o presidente usou US\$ 16 milhões do dinheiro público na reforma de uma de suas propriedades. Zuma se recusou a

pagar o total devido e teve o seu *impeachment* votado em 05 de abril de 2016, tendo sido negado no Parlamento Sul-africano por 233 votos contrários e 143 a favor.

Como se vê, a legitimidade dos líderes do ANC tem sido progressivamente questionada. Mesmo que não exista outro partido político que represente um grande risco eleitoral ao ANC, a mudança de liderança no DA, que agora é liderado por Mmusi Maimane, negro, o primeiro homem negro nessa posição e a perda de grandes cidades para o DA nas eleições municipais de 2016, mostram que o consenso entre as classes mais pauperizadas em torno do ANC está ameaçado.

Vale apontar, que, segundo Grace Davie (2015), os economistas que planejaram o ortodoxo ajuste neoliberal que tomou forma no país afirmavam que os cidadãos negros sul-africanos seriam mais tolerantes do que qualquer sociedade às implicações sociais do ajuste neoliberal, como a mercantilização dos serviços de bem-estar social, a privatização das empresas estatais, o desemprego estrutural, a flexibilização da legislação trabalhista, etc. Justamente porque seriam implantadas pelo ANC, o partido que lhes restituiu a cidadania e que instituiu o primeiro governo de maioria negra. A legitimidade do partido de libertação frente às massas pauperizadas sul-africanas e o transformismo ideológico da elite política do ANC em torno do ideário neoliberal criaram um complexo cenário político e econômico em que nenhuma das alternativas parece reaglutinar os sul-africanos em torno de um projeto nacional.

Também cabe questionar se as refrações da questão social, criadas e/ou aprofundadas pela reforma neoliberal e as limitadas intervenções sociais do Estado sul-africano no enfrentamento das mesmas, não colocarão em risco o processo de reprodução social das relações capitalistas no país. Esta questão é extremamente complexa e demanda examinar as formas institucionais e as políticas sociais que o Estado sul-africano vem desenvolvendo para garantir a reprodução da ordem social. Enfim, demanda analisar o Sistema de Bem-Estar Social sul-africano, considerando sua natureza contraditória: orientada à reprodução objetiva da população mais pauperizada e das condições necessárias à reprodução ampliada do capital, mesmo que isto signifique a preservação das desigualdades de classe e raça.

Diante do grau estrutural da pobreza, do desemprego e das iniquidades sociais, assim como, das limitadas respostas institucionais do Estado nos últimos 20 anos, por meio de programas de transferência de renda e de criação de um Estado de Bem-Estar Social residual e restrito na desmercantilização, prevê-se que os *PUIS problems* (pobreza, desemprego e iniquidades sociais) serão expressões agudas da questão social sul-africana até 2030 (TERREBLANCHE, 2012). Estes continuarão a confrontar os limites das políticas econômicas e sociais neoliberais implantadas pelo ANC desde 1994 (DAVIE, 2015; PATEL, 2013; SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2012).

Para concluir esse tópico, vale recordar que outro expressivo intelectual do discurso neoliberal, Friedrich Hayek, no clássico *O Caminho da Servidão* (2013), defende que o Estado liberal pode desenvolver uma ampla rede de serviços sociais, mas que a direção desse não deve confrontar o livre mercado. Sendo assim, resta questionar qual a direção do sistema de bem-estar social da África do Sul pós-*apartheid*. Este esforço é fundamental para problematizar se o sistema de bem-estar social sul-africano tem capacidade ou não de promover saúde e de tornar real o seu projeto de um sistema de saúde intersetorial, integrado e fundamentado na atenção primária em saúde.

3.3 O SISTEMA DE BEM-ESTAR SOCIAL SUL-AFRICANO: DA SEGREGAÇÃO RACIAL AO ESTADO GERENCIAL

O Estado, o mercado e a sociedade não respondem às transformações no âmbito da produção e socialização capitalista de maneira linear ou unívoca (ESPING-ANDERSEN, 1995). As zonas de conflitos entre necessidades sociais das classes e grupos subalternizados e os imperativos de acumulação de capital são estruturas relacionais heterogêneas e multideterminadas, originando regimes de bem-estar residuais ou amplos, existindo uma grande “zona cinza” entre esses dois polos (HIRSCH, 2010). Por mais restritivos ou universalistas que sejam os sistemas de bem-estar social, eles não podem promover transformações radicais na estrutura da sociedade, pois são manifestações da forma política burguesa, o Estado (HIRSCH, 2010; NAVARRO, 2008).

Mesmo o igualitário “caminho escandinavo” de Estado providência sofrerá mais transformações, caso questione a reprodução das relações capitalistas.

O desenvolvimento dos sistemas de bem-estar nos Estados nacionais ao redor do mundo foi moldado pela difusão de ideologias, de racionalidades de bem-estar, assim como, por determinações econômicas, políticas, sociais e culturais e lutas sociais (ESPING-ANDERSEN, 1995; SEEKINGS & MOORE, 2013). A África do Sul e outros países de renda média e potências emergentes, como Rússia, Índia, China, Turquia e México, vêm desenvolvendo novos modelos de provisão de bem-estar social, combinando crescimento econômico; programas de transferências condicionadas de renda, focalizados no “risco social”, quando este já está instalado nas condições de vida dos mais pobres; e universalizando serviços básicos, o chamado - universalismo básico (DEACON, 2007).

Segundo David Harvey (2008), esses sistemas de bem-estar, ao mesmo tempo em que expressam a intervenção do Estado para criar uma infraestrutura social mínima, tornando os territórios nacionais e subnacionais mais atraentes à acumulação capitalista, pois poupam os capitalistas de desenvolvê-las⁵⁵, se desenvolvem sem estar orientados às necessidades sociais dos habitantes desses territórios. Nesse caso, o bem-estar social passa a ser um efeito secundário, marginal do processo de acumulação (HARVEY, 2005; HIRSCH, 2010). Desde a crise estrutural de 1973, no contexto da crise capitalista que foi chamada de “crise do Estado-nação”, os governos subnacionais foram chamados a serem os “últimos empreendedores”, transformando cidades, estados e arranjos loco-regionais em espaços atraentes aos capitais, por meio da criação de infraestrutura espacial e social básicas e da proteção ao grande capital, pela decrescente tributação dos governos locais sobre as grandes fortunas e transações financeiras (HARVEY, 2005, 2008;

⁵⁵ Trabalhos clássicos de Gosta Esping-Andersen (1995) evidenciaram o efeito inesperado da escassez da proteção social estatal, mesmo que mínima, sobre os mercados. O sociólogo identificou, por meio de estudos comparativos, que planos de previdência e saúde privados só funcionam mediante significativos subsídios estatais e que, quando as empresas têm que arcar com toda proteção social dos trabalhadores, elas contratam menos para reduzir os custos, ou realizam contratações por vínculos flexíveis, que não implicam seguros e proteção social. O caso do “milagre do emprego” dos Estados Unidos pós-reformas Reagan, são um exemplo desse efeito de retração do emprego protegido e expansão do trabalho mais precarizado e desprotegido.

DAVIS, 2006). Este Estado, profundamente ativo na restauração do poder de classe capitalista, e que expande serviços sociais básicos ao mesmo tempo em que mercantiliza os nichos lucrativos das políticas sociais, foi denominado por David Harvey (2005) de Estado Gerencial.

Outra tendência contemporânea do sistema de bem-estar dos países da periferia do capital, é que o crescente espaço do mercado na provisão de serviços sociais vem acompanhado da expansão e/ou permanência dos diferentes arranjos familiares no suporte financeiro e no cuidado (DEACON, 2007; GOUGH *et al*, 2004). Segundo os autores, o que caracteriza a maioria desses regimes de bem-estar social dos países do Sul capitalista é a configuração de esquemas de “seguridade informal”, que se desenvolvem à parte do mercado e do Estado, e uma crescente mercantilização do *welfare state* e “familização” do cuidado.

Porém, mesmo entre os países periféricos, o sistema de bem-estar sul-africano apresenta significativas particularidades históricas e institucionais. Pois, como ocorre com a estrutura econômica, o *mix* de Estado, mercado e família na provisão de bem-estar reflete a história colonial, pós-colonial e do capitalismo racial. Dessa forma, o regime de seguridade social contemporâneo expressa o passado colonial, sob as influências liberais do império britânico, e o regime pós-colonial do *apartheid* e sua ideologia do desenvolvimento em separado (SEEKINGS & MOORE, 2013; PATEL, 2013).

A gênese do *social welfare* sul-africano reflete o amoldamento das concepções da esquerda liberal britânica ao regime político e de acumulação do país: autocrático, racialmente segregador, centralizador e baseado na exploração intensa da força de trabalho negra⁵⁶. Uma ordem discursiva que defendia uma hierarquia entre as raças foi o pilar na constituição de um dos primeiros sistemas de bem-estar do mundo e dos desafios contemporâneos das políticas sociais na África do Sul, os *PUI problems*.

⁵⁶ É importante ressaltar que os regimes coloniais, pós-coloniais e do *apartheid* também utilizavam amplamente a mão de obra estrangeira de negros de outros países da África Austral, não somente de negros das *homelands* (FEINSTEIN, 2005). Países como Moçambique eram grandes fornecedores de força de trabalho para as minas sul-africanas (TERREBLANCHE, 2005).

Segundo Hannah Arendt (2012), o racismo na África do Sul foi usado como instrumento de dominação político-econômica antes mesmo que o imperialismo o explorasse como ideia política. Pois, somente no início do século XX é que existe uma relação direta entre imperialismo e ideologias racistas nos países ocidentais.

Os primeiros colonos europeus a chegar no sul do continente africano foram os bôeres ou africâneres, descendentes de holandeses, ainda no século XVII. Estes foram seguidos por huguenotes franceses no decorrer do século XVIII e compõem a comunidade bôer do país (FEINSTEIN, 2005; HEAD, 2010; TERREBLANCHE, 2005). Completamente isolados do desenvolvimento histórico europeu e em uma terra de solos pouco férteis, os bôeres desenvolveram uma pecuária rudimentar e descobriram no grande número de povos autóctones a única “matéria-prima” que a África lhes oferecia: a mão-de-obra escrava. Esta foi intensamente explorada no trabalho doméstico, na pecuária e na agricultura. Como consequência, dentro de pouco os africanos negros eram a única parcela da população que trabalhava. Essa total dependência do trabalho escravo e servil, e completo desprezo por qualquer forma de produtividade e pelo trabalho manual, transformaram o holandês no bôer e deram ao seu conceito de raça um significado primordialmente econômico. Os bôeres foram o primeiro grupo de europeus a alienar-se totalmente do orgulho que o homem ocidental sentia em viver num mundo criado e fabricado por ele mesmo, por meio do seu trabalho (ARENDR, 2012; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005).

Quando os bôeres, em seu pavor e miséria, decidiram usar esses selvagens como se eles fossem apenas uma forma de vida animal como qualquer outra, deram início a um processo que só podia terminar fazendo-os degenerar num grupo racial branco que vivia ao lado – em separação, mas em conjunto - com as raças negras, das quais finalmente iriam diferir apenas na cor da pele. Os brancos pobres da África do Sul, que em 1923 constituíam 10% de toda a população branca, e cujo padrão de vida não diferia muito dos membros das tribos bantus, são um claro exemplo dessa afirmação. Sua pobreza resulta quase exclusivamente do desprezo pelo trabalho e, também, da adaptação ao modo de vida das tribos negras. Como os negros, abandonavam as terras quando o solo deixava de produzir o pouco que lhes era necessário, ou quando haviam exterminado os animais da região. Juntamente com os seus antigos escravos, iam para os centros auríferos e diamantíferos, abandonando as fazendas quando os trabalhadores negros partiam. Mas, ao contrário dos nativos, que eram imediatamente empregados como mão de obra barata e não qualificada, exigiam e recebiam caridade como um direito naturalmente decorrente de sua pele branca, tendo perdido a noção de que normalmente um homem não ganha a vida à custa da cor de sua pele. Seus sentimentos raciais são hoje violentos, não apenas porque nada têm a perder exceto sua associação com outros brancos, mas também porque o

conceito de raça parece definir a sua condição bem melhor do que a dos seus antigos escravos, que estão gradualmente se tornando trabalhadores, ou seja, parte normal da civilização humana (ARENDRT, 2012, p. 279-280).

Mas os descendentes de holandeses e franceses huguenotes não foram os únicos a lutar pelo domínio da África do Sul. Os britânicos também lutaram contra os holandeses pelo controle do Cabo e, posteriormente, pelo Natal, na costa leste. Mas foi apenas com a descoberta de diamantes em Kimberley, em 1867, e a descoberta de ouro na área em volta da atual área onde se localiza Joanesburgo, em 1886, que começa a história moderna e industrial capitalista da África do Sul (HEAD, 2010).

Segundo Hannah Arendt (2012) e Charles Feinstein (2005), as jazidas de diamantes de Kimberley e as minas de ouro de Witwatersrand ocasionaram a chegada de grandes levas de exploradores. A maioria vinha da Inglaterra, mas existiam bálticos, alemães, holandeses etc. Esses colonos eram os “homens supérfluos” do industrialismo europeu e expressavam mais aptidão à especulação do que à indústria organizada. Para a filósofa, esses indivíduos não se integravam nas estruturas de organização política da classe trabalhadora da Europa, eles queriam ser senhores, burgueses, mesmo que longe de suas terras natais.

Logo, só os negros e trabalhadores estrangeiros, majoritariamente chineses trabalhavam nas minas e na agricultura nas funções mais subalternas (FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005). A união entre bôeres, que se reconheciam como os legítimos senhores do país, e demais colonos europeus legitimou uma extensa estrutura de proteção social e de trabalho baseados na raça, ou melhor na branquitude. Mesmo quando as ideologias raciais entravam em conflito com os interesses de acumulação de capital, o discurso racista prevalecia.

Num plano particular – o mais importante de todos - os bôeres permaneceram donos incontestes do país: sempre que as normas racionais do trabalho e da produção entravam em conflito com os interesses raciais, estes últimos saíam vitoriosos. Os lucros eram constantemente sacrificados às exigências da sociedade racista, muitas vezes a um preço enorme. A rentabilidade das estradas de ferro foi destruída da noite para o dia quando o governo despediu 17 mil empregados bantus para pagar salários que eram 200% mais altos a trabalhadores brancos; as despesas do governo municipal tornaram-se proibitivas quando os empregados municipais nativos foram substituídos por brancos; e, finalmente, a Lei da Barreira de Cor excluiu das tarefas mecânicas todo trabalhador negro, levando a

empresa industrial a um expressivo aumento em seus custos de produção. O mundo racista dos bôeres não tinha mais a quem temer, e mesmo ainda os trabalhadores brancos, cujos sindicatos queixavam-se amargamente de que a Lei da Barreira de Cor não tinha ido suficientemente longe (ARENDETT, 2012, p. 290-291).

Mas a proteção aos brancos não se limitava aos trabalhadores, as famílias brancas também eram beneficiadas pelo regime de proteção social racializado arquitetado pelo governo pós-colonial e aprofundado pelo *apartheid*. Desde 1913, o *Children's Protection Act* (Ato Nacional de Proteção à Criança), subsidiou bolsas de auxílio financeiro para crianças brancas de famílias pobres. A partir de 1926, o Ministério da Educação contava com recursos para subsídios econômicos para mães, madrastas e avós que cuidavam de crianças brancas, implantados e monitorados por assistentes sociais, considerados agentes profissionais centrais na intervenção psicossocial junto aos brancos pobres e suas famílias (PATEL, 2013).

A preocupação com a pobreza entre brancos se aprofundou no contexto seguinte à grande crise capitalista de 1929, que ocasionou a perda de emprego de muitos trabalhadores brancos, substituídas pela força de trabalho negra, de 10 a 12 vezes mais barata, o que ocasionou o crescimento da pobreza entre as famílias brancas, especialmente da comunidade africaner. Em 1933, uma parlamentar branca alertava sobre a situação das famílias brancas pobres, afirmando que estas constituiriam um risco para a vida moral do país, um risco para eles mesmos, um risco para a manutenção da ordem social e, acima de tudo, um risco à própria civilização branca. A parlamentar ainda afirmava que a África do Sul deveria se preocupar mais do que qualquer outra nação com o bem-estar social dos seus cidadãos (brancos), pois ela tinha que enfrentar o “problema da cor”, a expressiva maioria negra (SEEKINGS & MOORE, 2013).

A preservação do sistema de bem-estar social baseado na branquitude era tão extensa que, na década de 1930, ao debaterem sobre definir um "salário digno" para homens brancos sul-africanos, funcionários do Estado estabeleceram que mesmo uma família branca de classe operária sustentada por um único salário (masculino) deveria dispor de recursos para contratar uma empregada doméstica, obviamente uma mulher negra (DUBOW, 2014; SEEKINGS & MOORE, 2013).

Enfatizando as injustiças patrocinadas pelos britânicos e pelo capital estrangeiro e exagerando os “perigos” da *black swanping* (inundação negra), os ideólogos africâneres fomentaram um sentimento de vitimização entre os brancos, quando reafirmavam a ameaça de outros grupos presentes no país. A ameaça “vinda de cima”: os britânicos e seu capitalismo liberal e a ameaça “vinda de baixo”: a maioria negra e a sua suposta ameaça à cultura, à “pureza racial” e ao bem-estar africâner. Ao discurso nacionalista africâner foram adicionados elementos fascistas, como os formulados, por exemplo, pela sociedade secreta *Afrikaner Bond ou Afrikaner Broederbond* (Irmandade Africâner). Na década de 1940, com a crescente urbanização, o “medo da inundação negra” foi a fórmula discursiva produzida pelos ideólogos racistas africâneres para politizar questões como a “pureza étnica” e os “riscos da miscigenação” (TERREBLANCHE, 2005).

Nessa direção é que foi criada a agressiva ideologia do Partido Nacional, de racismo como política de Estado e regulador da sociedade, que se institucionalizaria no regime do *apartheid*. Porém, não se deve esquecer que, mesmo com esse apelo às ideologias racistas, do racismo científico e de eugenia, no caso sul-africano, a condição socioeconômica da população *boer* foi crucial à legitimação do nacionalismo africâner. A maioria dos africâneres se sentia inferior em relação aos demais grupos brancos, pois tinham nível educacional e de renda inferiores, tendo um reduzido lugar na economia, embora fossem o maior grupo populacional branco. Além de perceberem a si mesmos como os legítimos herdeiros da terra por eles invadida, as narrativas racistas da Igreja Calvinista Holandesa alimentaram o sentimento de superioridade sobre os negros e ideia de um Estado do povo africâner desde as primeiras décadas da invasão. A realidade de inferioridade econômica da comunidade africâner foi significada pelos ideólogos do *apartheid* como resultante do sistema liberal implantado pelos britânicos (ARENDR, 2012; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005; SEEKINGS & MOORE, 2013).

A ideologia nacionalista africâner tinha uma finalidade muito clara: a mobilização por poder político. Por meio de argumentos raciais, buscava-se atingir poder social e riqueza, esvaziando a democracia de qualquer substância real. Assim como a segregação racial mantinha subalternizadas as julgadas “raças inferiores”, ela criava as condições objetivas para os africâneres atingirem seus

objetivos econômicos e políticos, sem se preocuparem com a concorrência por ascensão econômica e proteção social (ARENDR, 2012; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2005; WIEVIORKA, 2007).

A recessão enfrentada pelo país no momento seguinte à crise capitalista de 1929 e a II Segunda Guerra Mundial criaram as condições sociais para que o nacionalismo africâner se manifestasse novamente, de maneira cada vez mais aberta e violenta. Mas, diferente de seus pares americanos da Ku Klux Klan e dos nazistas alemães, o projeto não era o total extermínio dos negros, mas a segregação territorial e a ultra exploração econômica dos mesmos, dando maior radicalidade às linhas de divisão racial do trabalho e da sociedade que se delineavam desde o período colonial.

Os brancos pobres, ameaçados pelo desemprego e pela pauperização crescente dos trabalhadores brancos e suas famílias, pós-crise de 1929, elevaram seu racismo com o lema *Gevaar Kaffer, Koelie, komunismus* (Cuidado com os negros, com os indianos e com o comunismo). Esse contexto parece ter criado as condições políticas para o regime de segregação extrema dos negros e plena proteção social aos brancos, o *apartheid* (FEINSTEIN, 2005; PEREIRA, 2013).

Foi a partir de 1948 que o *apartheid* foi implantado como regime e discurso oficial de Estado, com a chegada do Partido Nacional ao poder sob o slogan “*apartheid*”, e a eleição de Daniel François Malan (1948-1954). Esta foi a primeira vez que um partido hegemonicamente africâner chegou ao poder, pondo fim à coalizão estabelecida em 1934 com a criação do Partido Unido, que aglutinava o agora vitorioso Partido Nacional e o Partido Sul-Africano (que contava com o apoio da população de origem inglesa e de uma minoria dos africâneres) (DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005; POSEL, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013; TERREBLANCHE, 2005).

Sem experiência e relativamente pobres, os africâneres passaram a controlar a riqueza nacional, sobretudo as empresas estatais e a burocracia do Estado, em apenas 25 anos, utilizando o poder político e a mão de obra negra, abundante e barata, para promover a industrialização do país e sustentar um generoso Sistema de bem-Estar Social baseado na exploração da força de trabalho negra. Assim, o *apartheid* se tornou um dos pilares da industrialização do país e do crescimento

econômico, o “milagre sul-africano”⁵⁷ e um elemento central das políticas sociais e econômicas (DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005).

A agenda do recém-eleito Partido Nacional buscava aprofundar a ordem socioeconômica engendrada desde o período colonial e pela União Sul-Africana. Além de uma mais severa destituição política e econômica dos sul-africanos não brancos, a proposta do *apartheid* era estruturar as políticas econômicas de forma a livrar os africanos do capitalismo liberal, adaptando a produção capitalista às necessidades da minoria branca e o sistema político à liderança dos africanos, como solução ao “problema nativo”, representado pela expressiva maioria de nativos e o problema dos “trabalhadores brancos pobres”, especialmente pertencentes à comunidade africana. Estes haviam saído empobrecidos e proletarizados desde o fim das duas guerras entre os bóeres e o exército britânico. Neste contexto, edificar uma estrutura estatal de bem-estar social para os africanos, resolvendo o problema da pobreza entre os brancos, para acabar com as “injustiças do passado”, supostamente ocasionadas pelo capitalismo liberal e pelo pleno desenvolvimento das relações capitalistas, impulsionada pela elite britânica e personificada pelos banqueiros judeus, assumia centralidade no discurso político do Partido Nacional.

No caso sul-africano, o resultado foi um regime de bem-estar social e de provisão de cuidados que estava racialmente dicotomizado durante a maior parte do século XX. A partir da década de 1920, o Estado sul-africano começou a construir um sistema de bem-estar social para os

⁵⁷ Nas duas décadas seguintes a 1948, a economia sul-africana cresceu continuamente e a indústria passou a ser mais representativa no PIB e na geração de emprego do que o tradicional setor minerador (TERREBLANCHE, 2005). Obviamente a indústria demandava a barata e obediente mão-de-obra negra e aplicava a lei de segregação racial dos postos de trabalho, reservando as melhores posições e funções, assim com os melhores salários aos sul-africanos brancos. Mas, diferente da mineração, que contava com complexos habitacionais para confinar os trabalhadores negros, a indústria demandava força de trabalho móvel e próxima das zonas industriais. Dessa forma, conciliar as demandas de um dos países mais industrializados do mundo com o sistema de segregação espacial difundido pelo *apartheid* era um grande desafio para a burguesia industrial. Diante da dependência da indústria dos trabalhadores negros, o setor de negócios chegou mesmo a pensar em criar parques industriais dentro das reservas, as *homelands*, o que foi veementemente negado pelo Partido Nacional, que temia a redução da oferta de trabalhos para os brancos dentro do país. Não restam dúvidas que estas medidas contavam com grande apoio da comunidade africana e das frações menos qualificadas da classe trabalhadora branca, profundamente dependentes das ações afirmativas desenvolvidas pela União Sul-Africana e aprofundadas pelo *apartheid* (FEINSTEIN, 2005; PATEL, 2013).

seus cidadãos brancos e, em menor medida, aos mestiços (coloured), amplamente fundamentado nas linhas do pensamento reformador britânico, fornecendo assistência social pública e medidas de cuidado às categorias e grupos sociais "merecedores": mulheres, crianças e homens que ficaram pobres, excluídos do mercado e da proteção familiar. Ao mesmo tempo, os sul-africanos negros foram excluídos das medidas preventivas e/ou mitigadoras da pobreza, realizadas pelo Estado de Bem-Estar, já que as ideologias reformistas eram amoldadas para se adequar à ideologia do desenvolvimento em separado, respeitando as "fronteiras das raças". Assim como se fazia com a dimensão política, a dimensão social da cidadania foi negada aos negros (DAVIE, 2015; PATEL, 2013; HART, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013).

Desde então, os sul-africanos brancos receberam extensa assistência - em termos de educação pública de todos os níveis, saúde pública e tratamento psiquiátrico, programas de bem-estar social e de assistência social, bem como do mercado de trabalho e outras políticas econômicas. Todo esse conjunto de medidas sociais do *social welfare* racista do *apartheid* objetivavam a ascensão econômica e social dos trabalhadores brancos pobres africanos oriundos das zonas rurais, com pouca qualificação, e quase que total desprezo pelo trabalho manual, considerando trabalho de negros, *coloured* e indianos todas as funções consideradas mais subalternas (ARENDRT, 2012; FEINSTEIN, 2005; POSEL, 2008; TERREBLANCHE, 2005).

Nesse mesmo contexto, poucos recursos foram alocados para as necessidades do mais desfavorecidos, a maioria africana negra da sociedade, que, na época, equivaliam a cerca de 60% da população, e muitas políticas do *apartheid*, nas décadas de 1950 e 1960, foram concebidas para subalternizar ainda mais as pessoas não-brancas na hierarquia econômica, política e social (FEINSTEIN, 2005; SEEKINGS & NATTRAS, 2005; SEEKINGS, 2007; TERREBLANCHE, 2005).

Ao analisar a violência dos Estados africanos sobre as populações nativas no clássico *Os Condenados da Terra*, Frantz Fanon faz uma síntese que evidencia o lugar que o colono (branco) atribui ao negro no projeto de desenvolvimento do Estado Sul-africano: "*O indígena é um ser encurralado, o apartheid é apenas uma modalidade de compartimentação do mundo colonial. A*

primeira coisa que o indígena aprende é a ficar no seu lugar, não ultrapassar os limites” (FANON, 1968, p.39).

Reprimidos pelo Estado, e com pouco poder de integração via mercado econômico, este profundamente regulado pelas fronteiras raciais do sistema político, os não-brancos sul-africanos (negros, chineses, indianos e *coloured*) dependiam fortemente dos laços de parentesco e de pertença para cuidados pessoais e apoio financeiro. Enquanto isto, as respostas do Estado às necessidades sociais da minoria branca, tanto na esfera da produção, como da reprodução social cada vez eram mais abrangentes, garantindo o empoderamento econômico por meio do Estado e/ou do mercado, mesmo que sob leis que colocavam em risco a acumulação de capital, a exemplo dos altos salários pagos a trabalhadores brancos sem qualificação ou semiquualificados.

A partir de 1950, as políticas do *apartheid* dividiram famílias e indivíduos sul-africanos a partir das categorizações raciais elaboradas pelo chamado racismo científico⁵⁸ e tomadas como verdade pelo discurso político do Partido Nacional. Traços fenotípicos como o tipo do cabelo, cor da pele e formato do nariz foram utilizados para estabelecer a branquitude idealizada pelo regime, marginalizando homens e mulheres que não atendiam estes padrões raciais de branquitude. A partir das categorizações raciais, foi sendo intensificado o controle sobre quem poderia viver, e onde poderia viver no território sul-africano, enviando grande parte da população negra para as *homelands* e marginalizando cada vez mais os *coloured* e asiáticos nos centros urbanos, expandindo as porções das cidades classificadas como áreas de brancos, que recebiam muito mais investimento em infraestrutura social, sanitária e serviços de saúde do que as áreas destinadas às pessoas de cor.

Estas medidas de controle territorial e de deslocamento ocasionaram, entre a maioria negra, um aprofundamento das funções da família extensa no cuidado, pois muitos adultos negros que trabalhavam tiveram que deixar seus filhos para serem criados por avós das crianças nas reservas

⁵⁸ Sobre a construção discursiva e ideológica do racismo científico ver o trabalho *Racismo, uma introdução* (2007), de autoria de Michel Wieviorka.

em que foram confinados, os chamados bantustões⁵⁹ ou *homelands*, sustentando, total ou parcialmente, estas crianças e demais dependentes, por meio do envio de uma parte de seus salários. O Estado racista, portanto, diminuindo as possibilidades de cuidado parental, especialmente o masculino, para as crianças, sobrecarregou o arranjo da família extensa sul-africana para prover cuidado, e da força de trabalho negra para prover suporte financeiro (SEEKINGS & MOORE, 2013).

Além da sobrecarga de funções de cuidado e provisão, os negros e negras deslocados para os bantustões pagavam elevados impostos para construir habitações dentro de áreas superpovoadas ou para enviar os seus filhos às precárias escolas. Estes impostos eram empregados pelo regime racista para sustentar o sistema público de bem-estar social e empoderamento econômico dos brancos (FEISNTEIN, 2005; PATEL, 2013).

⁵⁹ Os bantustões, unidades político-territoriais criadas pelo regime do apartheid, em 1951, correspondiam às áreas mais pobres da África do Sul e a quase 13% do território nacional. Eram as áreas para onde os agricultores negros tinham sido transferidos após o *Native Land Act* (Lei de Terras Nativas), de 1913, que correspondia a pouco mais de 7,1% do território e sua efetivação no *Native Trust and Land Act*, de 1936, quando essa fração do território foi expandida para aproximadamente 13%. Essas áreas se tornaram reservas de mão de obra, de onde eram retirados os trabalhadores migrantes, majoritariamente homens, enquanto muitas mulheres negras tinham como destino o trabalho doméstico na casa dos sul-africanos brancos. O campesinato dos bantustões foi empobrecido por excesso de culturas no solo, de pastagem de gado em áreas inadequadas e restritas de terra, e pela escassez crônica de mão de obra masculina. O investimento em escolas e hospitais era muito deficiente. Onde existissem, eram rudimentares e de baixa qualidade. Outras infraestruturas sociais, tais como sistemas de abastecimento de água potável e sistemas de esgotos eram escassas ou inexistentes. Havia pouco ou nenhum apoio do Estado para as pessoas com deficiência, idosos e enfermos. Nas cidades, os negros que conseguiam manter-se (porque tinham trabalhado num emprego permanente por no mínimo dez anos) e as pessoas de cor (*coloured*, indianos e asiáticos) eram obrigados a viver em áreas designadas, separadas dos brancos, e uns dos outros. Todas as instalações sociais eram segregadas: escolas, universidades, hospitais, transporte público, praias públicas, cinemas, bancos de parque, sanitários, bibliotecas, filas dos correios. Grande parte dessa estrutura de segregação só teve fim em 1994. Mais do que o confinamento e controle, os bantustões foram uma estratégia de fragmentação da organização política da população negra e de cooptação de lideranças nativas por meio de funções no governo e administração das reservas. Outra significativa implicação da retribalização artificial e forçada dos bantustões é que os negros perderam a cidadania sul-africana, tornaram-se estrangeiros em seu próprio país e precisavam portar um passaporte interno para se deslocar fora das reservas (HEAD, 2010; PEREIRA, 2012, 2013; HERNANDEZ, 2009; TERREBLANCHE, 2005).

O projeto de proteção social baseado na raça, ocasionado pelo *apartheid*, foi tão bem-sucedido à proteção da renda e ascensão social da minoria branca que, a partir da década de 1970, os sul-africanos brancos dispunham de alta renda e significativas vantagens de mercado, demandando cada vez menos os serviços prestados pelo Estado-Providência racista. Os esquemas de seguros contributivos privados, "semi-sociais", com alguma regulação do Estado, mas majoritariamente geridos pelo setor privado, experimentaram uma grande adesão. Nesse período de intensa migração dos brancos para as estruturas de bem-estar privados, os imperativos do crescimento econômico e da estabilidade política levaram o Estado social do *apartheid* para uma relocação lenta e parcial de escassos recursos públicos para pessoas de grupos mestiços e indianos, e, posteriormente, aos africanos negros, especialmente entre os que viviam em áreas urbanas nas *townships* (PATEL, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013). Vale pontuar que nesse período de ápice da ascensão econômica das classes trabalhadoras e da burguesia branca é que ocorre o renascimento da classe trabalhadora negra enquanto sujeito político, colocando em cheque o pilar de toda a estrutura do capitalismo racial: a liberdade de explorar intensamente a força de trabalho negra.

Em síntese, no auge do sistema do *apartheid*, um em cada nove sul-africanos, os brancos, tinha direito a altos padrões de *social welfare*, pleno emprego (como política de Estado), e grande poder de integração via mercado. Enquanto os indianos e mestiços recebiam serviços sociais básicos e ocupavam trabalhos intermediários, os negros estavam submetidos aos mais intensos níveis de exploração da força de trabalho, por baixíssimos salários - proporcionalmente ao tamanho da economia eram os mais baixos salários de todo o século XX - medidas assistencialistas e uma precária rede de serviços sociais ou mesmo a total indigência (TERREBLANCHE, 2005). Esta condição vitimizou as mulheres, os idosos e as crianças negras mais do que qualquer outro grupo, a partir da política de retribalização forçada envolvida na criação dos dez banstustões (DAVIE, 2015; PATEL, 2013; POSEL, 2008; TERREBLANCHE, 2005). O aumento da organização política dos movimentos pelo fim do *apartheid* também ocasionou a expansão dos serviços sociais destinados às minorias *coloured* e asiática. A ação política do proletariado negro, a partir da década de 1970, também resultou no aumento dos salários dos mesmos.

Durante o *apartheid*, como durante o período colonial e da União Sul-Africana, a prestação de serviços e políticas sociais era organizada segundo o sistema de segregação racial oficial, mas o financiamento das mesmas era desproporcionalmente realizado pelos impostos pagos pelos trabalhadores negros, indianos e *coloured* (FEINSTEIN, 2005)

A partir de 1994, a democracia pós-*apartheid* desracializou o sistema de seguridade social, resultando em um Estado de Bem-Estar focalizado ou residual, cuja centralidade não reside na raça ou na cidadania, mas na pobreza e na extrema pobreza. Isso se expressa especialmente nos programas de assistência social e na crescente focalização da proteção à infância, sendo enunciado na seção 27 da Constituição de 1996. Em outros aspectos, o sistema público de bem-estar sul-africano vem retrocedendo, como na execução do cuidado especialmente entre os idosos e inválidos (PATEL, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013).

O primeiro governo democraticamente eleito herdou um Estado que desenvolvia um amplo conjunto de serviços e programas sociais que cobriam praticamente todo o curso de vida da população branca. A partir da desracialização do Estado, a maioria desses programas e serviços foi reorientado, focalizado na pobreza e na pobreza extrema, como forma de responder ao nível das expressões mais severas da questão social no país: a pobreza, o desemprego e as iniquidades e de se manter coerente às diretrizes neoliberais executadas pelo ANC.

O primeiro governo democrático atuou rapidamente para completar esta desracialização no que diz respeito à maioria dos programas sociais, incluindo a provisão pública de assistência financeira, as *social grants*. Uma exceção foram os serviços de cuidados para os idosos, até então, em grande parte reservada para pessoas brancas. A expansão do bem-estar público para os pobres coincidiu com um declínio nos cuidados e na assistência financeira promovidos pela família - *kinship care*. Ao mesmo tempo, a classe média, pessoas brancas, a comunidade indiana, os mestiços e sul-africanos negros, continuaram a abandonar os serviços públicos, voltando-se para o mercado para obter cuidados de saúde, pela contratação de seguros privados de saúde, e ao sistema privado de ensino. Até frações mais pauperizadas da classe trabalhadora, desde as reformas neoliberais, recorreram cada vez mais ao mercado (de maneira integral ou parcial) para a provisão de serviços

educacionais, de saúde, assistenciais etc (DAVIE, 2015; PATEL, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013).

Na atualidade, o Estado Social sul-africano expressa um complexo sistema misto de bem-estar. Segundo Bob Deacon (2007), Grace Davie (2015), Leila Patel (2013), Ian Gough (*et al*, 2004) e Jeremy Seekings e Elena Moore (2013), a África do Sul Pós-*apartheid* apresenta um verdadeiro *welfare mix*, que combina o crescente papel do mercado a um Estado social seletivo e focalizado nos mais pobres e vulneráveis, além de arranjos familiares que passam por profundas transformações. Esse sistema fragmentado e complexo se expressa na provisão de assistência financeira e cuidados, *personal care*, para crianças, idosos, doentes e inválidos, e desempregados, por meio de *social grants*. Mesmo tendo pertencido à pasta do Departamento Nacional de Saúde durante todos os governos do *apartheid*, a fragmentação que sempre caracterizou o sistema de bem-estar social na África do Sul ainda impacta no funcionamento conjunto dos programas de assistência social e saúde. Como será visto no capítulo sobre o sistema de saúde da África do Sul pós-*apartheid*, o objetivo de promover a universalidade da atenção primária em saúde, intervindo sobre as determinações do processo saúde-doença prevalentes no país demandará uma maior intersectorialidade na formulação nas políticas de saúde e assistência social, assim como, uma maior integração entre profissionais de saúde, assistência social e educação no desenvolvimento de programas e projetos nos níveis locais e provincial.

É interessante observar que muitos dos trabalhos supracitados se desenvolveram anteriormente à última grande crise do capital, iniciada em 2008. Esta grave crise do capital teve profundas implicações negativas aos trabalhadores, minorias e sistemas de bem-estar social das nações do capitalismo central (Estados Unidos, Reino Unido, Itália, França, Alemanha etc) e semi-periféricos, como Portugal, Espanha, Grécia e Irlanda. Esses países, que experienciaram o pacto social dos 30 anos gloriosos do desenvolvimento capitalista (1945-1973), que combinaram acumulação e crescente equidade social (ESPING-ANDERSEN, 1995; LAURELL, 2008; PEREIRA, 2011), que antes serviam de modelos aos regimes de bem-estar do chamado terceiro mundo, vêm tomando os modelos dos chamados países emergentes para o desenho de suas políticas e programas sociais.

O Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2013) apontava que diante da “ascensão do Sul”, países como Brasil, Índia, África do Sul, Turquia, Indonésia, China e México vêm se tornando referências aos países desenvolvidos na chamada “inclusão social”. Isso não evidencia que os países emergentes criaram Estados de Bem-Estar Social, segundo uma compreensão social-democrata ou socialista, tão bem caracterizadas por Gosta Esping-Andersen (1995), mas que o pacto entre as classes que possibilitou a ampla cidadania social do *welfare state* no centro do capitalismo se esgotou (HARVEY, 2007, 2008; HIRSCH, 2010).

Outra questão a ser problematizada é que essa “terceiromundialização” das políticas e programas sociais é determinada por um contexto de mercantilização das mesmas, políticas de austeridade, reformas regressivas ao trabalho e favoráveis ao capital financeiro. E este conjunto de processos sociais e políticos se tornaram realidade na África do Sul pós-apartheid (HARVEY, 2008; SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2012).

A prestação de serviços socioassistenciais e os programas de suporte financeiro na África do Sul democrática compreendem, portanto, extensa, mas desigual provisão pública, um papel provavelmente crescente do mercado para os serviços sociais, e a, continuamente em declínio, provisão familiar. Todos combinados de diferentes formas para diferentes grupos sociais, econômicos e raciais. No geral, um volume significativo de cuidado e assistência financeira é ofertado no país depois de 1994 (DAVIE, 2015; PATEL, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013). Embora tenha um significativo sistema de bem-estar social de orientação liberal ou anglo-saxã, por sua filiação teórico-política às reformas sociais britânicas e pela necessidade de criar condições mínimas à reprodução social, a África do Sul contemporânea enfrenta o legado de uma dívida social que parece não ser superável por programas focalizados e básicos, por mais numerosos e extensos que sejam, e da implantação de uma reforma neoliberal ultraconservadora (BUNDY, 2014; TERREBLANCHE, 2005, 2012; HART, 2013).

Em 2013, quase 75% da população, que era de 50 milhões de sul-africanos, necessitava de serviços socioassistenciais, práticas de cuidado ou de suporte financeiro. Esse número inclui 20

milhões de crianças e jovens até 18 anos (40% da população); 3 milhões de pessoas com mais de 60 anos que não trabalham (6% da população); 1 milhão de homens e mulheres em idade economicamente ativa (entre 18 e 60 anos) que estão doentes, muitos por causa da AIDS ou tuberculose, ou inválidos (que equivalem a 2% da população) e mais de 12 milhões de pessoas em idade para trabalhar que estão desempregados e permanecem financeiramente dependentes de outros adultos (24% da população). Mesmo diante do quadro de intensas necessidades humanas de proteção financeira e cuidados assistenciais, os programas de transferência de renda e as pensões aos idosos pobres, com uma cobertura de 80% da população na terceira idade, e as *social grants* para crianças e jovens com menos de 18 anos, dos quais 20% são órfãos, não representam nem 2% do PIB (SEEKINGS & MOORE, 2013). Mas, observando-se a realidade dos países do sul capitalista, a proporção do PIB investido em programas de transferência de renda é relativamente alta (DAVIE, 2015; GOUGH *et al.*, 2004; SEEKINGS & MOORE, 2013).

No início da década de 2010, cerca de 14 milhões de sul-africanos recebem *old age grants* (bolsas para idosos) e/ou *child grants*, subsídios financeiros para crianças e adolescentes. Em 2015, só os beneficiados pelas *child grants* chegavam a 16 milhões. Estes programas de transferência de renda não podem ser considerados medidas redistributivas ou reforma social (DAVIE, 2015). Pois eles são concedidos pela condição de pobreza e pobreza extrema, não resultando em desmercantilização dos serviços sociais, do acesso assegurado pela condição de direito de cidadania⁶⁰, ou prevenção dos riscos sociais, características formais de sistemas de bem-estar da social democracia⁶¹ (ESPING-ANDERSEN, 1995; PEREIRA, 2011). Obviamente, a falta de uma rede de seguridade social na democracia racial, que previna as condições de vulnerabilidade e risco contribui para a perpetuação das desigualdades sociais em saúde, já profundamente complexas por

⁶⁰ Segundo Terreblanche (2012), como as *social grants* não são direitos de cidadania, a cada eleição as majorias negras de beneficiados temem perder as bolsas, caso o ANC seja substituído por outro partido. Para o autor e para Prince Mashele (2011) isso enfraquece ainda mais a democracia do país.

⁶¹ É válido ressaltar que os países da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas também criaram uma ampla rede de seguridade social e proteção ao trabalho (ESPING-ANDERSEN, 1995). E que, desde o fim do Bloco Socialista, passam por uma crescente privatização (DAVIS, 2006; DEACON, 2007).

causa da estrutura de espoliação econômica e política a que os sul-africanos de cor eram submetidos.

Como afirma Bob Deacon (2007), os programas de transferência de renda implantados pelas *safety nets*, as redes de governança criadas entre o mercado, o Estado e a sociedade civil dos Estados neo-desenvolvimentistas ou neoliberais, como Brasil, Rússia, África do Sul, Turquia, Nigéria, Índia, Indonésia, China e México, estabelecem como condição de acesso que o sujeito e/ou seu grupo familiar já vivenciem a pobreza e que forneçam provas, evidências de sua condição socioeconômica. Esses programas, além de não serem direitos de cidadania e não serem universalizados, nem mesmo entre os mais pobres, aprofundam a estigmatização dos seus usuários⁶².

Também é verdade que, no período pós-*apartheid*, ocorreu a extensão de serviços sociais municipais, como serviços básicos de saneamento, acesso à água e eletricidade, escolaridade básica e serviços de saúde, que foram disponibilizados para os mais pobres. Mas, diante da dívida social do *apartheid*, aprofundada pelas restrições fiscais da reforma neoliberal do GEAR, ainda em curso sob o formato de novos programas de contrarrefoma neoliberal do Estado, a infraestrutura para esses serviços entrou em colapso. Assim como a capacidade dos burocratas, dos governos subnacionais e das Organizações Não Governamentais⁶³ (ONGs) para prover serviços sociais diminuiu visivelmente (PATEL, 2013; SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2012).

A extensão do acesso a serviços sociais básicos, mas não universalizados, não resultou em uma melhora significativa na qualidade de vida de muitas pessoas vulneráveis que vivem em muitas áreas marginais na África do Sul. Em 2008, 17% de todas as famílias, aproximadamente 10 milhões

⁶² Sobre as medidas de alívio da pobreza, desde as formações sociais pré-capitalistas, ver o trabalho de Mauriel (2008). Para analisar o caso sul-africano de intervenção sobre a pobreza na África do Sul, assim como, a diversidade de discursos de racialização das desigualdades sociais que acompanharam o desenvolvimento do país, ver o trabalho de Grace Davie (2015) e o de Laura Patel (2013).

⁶³ Sobre os limites estruturais das ONGs e dos governos locais para promover bem-estar social, ver David Harvey (2008), Bob Deacon (2007), Mike Davis (2006). Para o último, além da escassez de recursos para promover políticas sociais, os governos locais, geralmente, não contam com meios de tributação sobre as grandes fortunas presentes em seus territórios.

de pessoas, não recebiam nenhum rendimento salarial, *social grant* ou subvenções sociais. Essa expressiva parcela da população, composta por adultos sem trabalho formal e crianças ou idosos sem subsídios/benefícios sociais parece representar tanto uma expressiva lacuna no regime de bem-estar social do país como um grande desafio a este regime.

Os efeitos da crise capitalista de 2008 sobre a economia sul-africana expandiu o número desse “excedente humano”, assim como, aumentou o risco de empobrecimento e a insegurança no emprego entre os trabalhadores, sobretudo entre os trabalhadores negros, mulheres e os terceirizados, que passaram a pertencer ao crescente precariado sul-africano. A crise pôs fim às taxas de crescimento anual da economia, em uma média de 4%, observada entre 2000 e 2007, para menos de 1% a partir de 2009. Como consequência da crise internacional e da crise política interna, o PIB sul-africano também diminuiu e mais de 800 mil empregos formais foram perdidos. O que representa uma verdadeira tragédia em um país em que o desemprego estrutural e de longa duração ainda estão entre as mais sérias expressões da questão social.

A maioria dos homens e mulheres em condições de trabalhar, mas desempregados, não trabalham, simplesmente, porque não existe trabalho. Desemprego massivo, crônico e involuntário é uma das mais importantes expressões da questão social da África do Sul pós-*apartheid* (BUNDY, 2014; BUTLER, 2004; DAVIE, 2015; SEEKINGS & NATTRASS, 2005; SEEKINGS & MOORE, 2013; TERREBLANCHE, 2005; 2012). Entre estes desempregados estruturais e subempregados, a maioria são mulheres negras (GUMEDE, 2015). Além disso, as mulheres negras empregadas estão, majoritariamente, inseridas em trabalho doméstico, no setor de cuidados, os chamados *care services*, que são subrepresentados nas estatísticas oficiais e que recebem os mais baixos salários mínimos e não raramente, mesmo sendo pobres, desenvolvem atividades de cuidado de maneira voluntária, como se observa entre os trabalhadores comunitários de saúde, os *community health workers*. Segundo Jeremy Seekings e Elena Moore (2013), as mulheres negras na África do Sul democrática são, simultaneamente, financeiramente dependentes e responsáveis pelo cuidado sobre as crianças, idosos e demais adultos dependentes (SEEKINGS & MOORE, 2013).

Mas essa não é uma particularidade sul-africana. Em todo o terceiro mundo, as mulheres foram chamadas para preencher as lacunas de renda ocasionadas pelo desemprego e/ou subemprego masculino e de cuidado e proteção do arranjo familiar, ocasionadas pela mercantilização dos serviços sociais públicos. A terapia de choque das reformas neoliberais, dos (des)ajustes estruturais, obrigaram os indivíduos a se reagrupar em torno dos recursos do arranjo familiar. Quando as oportunidades de empregos formais dos homens se tornaram escassas ou, simplesmente, desapareceram⁶⁴, mães, irmãs, filhas e esposas da América Latina, da África e de grande parte da Ásia serviram como amortecedores do desmonte e/ou mercantilização dos *welfare states* periféricos (CHANT, 2009; DAVIS, 2006).

Sylvia Chant (2004), ao pesquisar os impactos das políticas de ajuste estrutural no terceiro mundo sobre as relações de gênero, identificou que as mulheres tiveram que trabalhar mais, tanto dentro como fora de casa, para compensar o corte dos gastos com serviços públicos e da renda masculina e que essa pressão criou restrições ainda maiores do acesso feminino a serviços de saúde, especialmente os assistenciais, e de educação, embora os governos tenham promovido a descentralização das políticas sociais e criado programas focalizados na saúde da mulher⁶⁵. Em várias partes da África, serviços públicos de saúde, educação, assistência social e habitação se tornaram vagas lembranças e a provisão do cuidado foi ainda mais familizada, ou melhor, feminilizada. Pois, o novo regulador social, o mercado, era essencialmente excludente às maiorias. Segundo, o cientista social nigeriano Fidelis Balogun (1995), o choque neoliberal no continente africano entre as décadas de 1980 e 1990, produziu realidades de pauperização e de mercantilização/privatização de serviços básicos que fariam alguns regimes coloniais serem considerados “humanitários”.

⁶⁴ Sobre o desaparecimento do emprego masculino e emergência do subemprego feminino e os impactos sociais das reformas orientadas ao mercado na cidade de Durban, o terceiro centro econômico da África do Sul, ver o trabalho de Ari Sitas (2009).

⁶⁵ É necessário problematizar que existe uma incorreta equiparação entre saúde da mulher e saúde materno-infantil, entre gênero e sexo na maioria dos programas de saúde nos países periféricos e pouca institucionalização de uma perspectiva de saúde integral das mulheres e dos seus direitos sexuais e reprodutivos como direitos de cidadania.

No caso da África do Sul, a formação do setor mineral-energético teve significativas implicações nas relações de gênero, já que as mulheres negras ficaram confinadas nos bantustões, após a retribalização artificial e forçada, e em áreas reguladas pelo Estado, na periferia das cidades, sendo integradas como força de trabalho doméstico nas áreas rurais e urbanas, tendo alternativas de emancipação inferiores às dos homens negros e dos homens e mulheres de outros grupos raciais. Portanto, é necessário apelar à consubstancialidade das relações sociais quando se tratar das relações de exploração a que foram e são submetidas as mulheres, sobretudo as negras.

Como se viu, a moderna infraestrutura econômica e social sul-africana foi constituída pela subjugação violenta e progressiva das nações autóctones, apropriação de suas terras e recursos, bem como pela formulação de um colonialismo segregacionista, característico do sistema colonial britânico e do racismo de Estado, elaborado a partir do nacionalismo africâner. Mas os resultados dos *PUI problems* se expressam nos corpos, nas comunidades e nas relações sociais que implicam e/ou expressam o processo saúde-doença (VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012; SITAS, 2010). Por exemplo, só é possível compreender e analisar criticamente a dinâmica da pandemia de cólera na Província de KwaZulu-Natal, na década de 1990, a partir da privatização do sistema de água potável e os impactos da desindustrialização na província, em que mais homens e mulheres desempregados foram obrigados por motivos econômicos a se mudar para assentamentos precários, com fontes poluídas de água e em que os salários de grande parte dos trabalhadores negros eram insuficientes para pagar as exorbitantes tarifas de água, resultantes da privatização do fornecimento de água (SITAS, 2010).

Na África do Sul, a convivência de extremos sociais complexifica a realidade sanitária, sendo um desafio ao sistema de saúde do país intervir em problemas de saúde relacionados à sociedade de consumo, de alta renda, bem como em doenças e agravos relacionados à extrema pobreza e à escassez de acesso a mínimos sociais, assim como, à violência oriunda das profundas desigualdades sociais e hierarquias de gênero e sexo, que são perpetuadas pelas diretrizes neoliberais para a economia.

4 RUPTURAS E CONTINUIDADES NO DISCURSO POLÍTICO SOBRE SAÚDE NA ÁFRICA DO SUL DEMOCRÁTICA

4.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NA ÁFRICA DO SUL ANTES DA DEMOCRACIA: RACISMO, FRAGMENTAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO

Um resultado da História de intensa exploração da força de trabalho negra é o poderoso Complexo Mineral-Energético da África do Sul, criado desde o final do século XIX e que, atualmente, concentra 40% da riqueza produzida no país, o Produto Interno Bruto (PIB) (BUTLER, 2004; TERREBLANCHE, 2005). Esta fração da burguesia sul-africana e estrangeira constituiu sua riqueza por meio de dois fatores: a existência de metade das reservas de ouro e diamantes conhecidas no mundo e a liberdade das corporações nacionais e internacionais para explorarem intensivamente a força de trabalho negra por salários insignificantes (FEINSTEIN, 2005; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005). Esta estrutura de exploração fez da África do Sul um dos países mais ricos do mundo, nas três décadas após a Segunda Guerra Mundial, mas deixou profundas marcas na estrutura social do país, especialmente nas áreas rurais, configurando uma dívida social às etnias não-brancas, principalmente, entre a maioria negra (BUTLER, 2004; HEAD, 2010; PEREIRA, 2012, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Além de um papel central no transformismo da elite política do ANC e na integração do país na globalização neoliberal, o Complexo-Mineral Energético desempenhou uma função fundamental na organização dos serviços de saúde pela via do mercado e possui significativa propriedade e/ou investimentos no setor privado de saúde (McINTYRE *et al*, 2009). No entanto, o desenho do seguro nacional de saúde e a sua análise estão condicionadas a uma leitura crítica sobre as singulares maneiras de o Estado sul-africano promover serviços, programas e políticas de saúde nos períodos pré e pós-*apartheid*.

Com uma cidadania limitada, nos períodos colonial e pós-colonial, ou negada pelo regime do *apartheid*, a partir da criação dos bantustões, e de diversas leis nacionais que restringiam e/ou negavam direitos trabalhistas, civis, políticos e sociais da população negra, assim como, das minorias mestiça (*coloured*) e indiana, esses grupos, especialmente os negros, tiveram menos

acesso a serviços de educação, saúde, moradia e tinham como única alternativa de sobrevivência a venda de sua força de trabalho por salários irrisórios, ocupando os empregos mais subalternizados, com contratos de trabalho flexíveis e mínimas proteções sociais, no caso dos indianos e *coloured* e a indigência no caso dos negros, dependentes das redes de filantropia e/ou dos precários serviços sociais e de saúde das *homelands* (BUTLER, 2004; DAVIE, 2015; PATEL, 2013; POSEL, 2008; TERREBLANCHE, 2005). A arquitetura socioeconômica e política do capitalismo racial do *apartheid* ocasionou no país um quadro de profundas desigualdades sociais em saúde (BUNDY, 2014; CHANAIWA, 2011; HEAD, 2010; McINTYRE *et al*, 2009; PEREIRA, 2012). Um quadro que alimenta doses de pessimismo e parece estar longe de respostas estruturais por parte do Estado, do mercado ou da sociedade civil (SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2012).

A recente experiência de democratização política, resultado de décadas de conflitos de luta armada e ativismo político, evidencia que a África do Sul também é um país de resistência, mas que a “nova” África do Sul não superou a estrutura econômica e social dos regimes socioeconômicos anteriores, já que as reformas estruturais foram suspensas no processo de transição à democracia e nas mais de duas décadas de governos nacionais do ANC. Esta realidade de profundas desigualdades sociais, que ainda seguem claras linhas raciais, embora o neoliberalismo tenha aprofundado a pobreza entre todos os grupos étnico-raciais, se expressa no processo saúde-doença e nas relações sociais que o atravessam e determinam: classe, raça, idade, gênero, sexo, território, etc.

A estrutura socioeconômica do *apartheid* também se reflete em um grave quadro sanitário. O pior entre os países considerados de renda média, *middle-income countries*, pelo Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2013). Essa estrutura sanitária foi agravada em muitos aspectos pelas políticas neoliberais do ANC, resultando na crise da saúde que o país enfrenta (RISPEL & MOORMAN, 2013; SITAS, 2010).

Depois de 82 anos, a luta por uma democracia multirracial, organizada pelo ANC, COSATU, e o *South African Communist Party* (SACP), o Partido Comunista Sul-Africano, contra o *apartheid*, alcançou parte dos seus objetivos políticos em 1994, com a desracialização das

instituições do Estado, juntamente com uma Constituição Nacional, promulgada em 1996, que estabelece as bases para a democracia política e social e instituições sociais para viabilizá-la, e defende amplos direitos humanos (BUTLER, 2004; McINTYRE *et al*, 2009; PEREIRA, 2012; TERREBLANCHE, 2005). Embora a nova Constituição da África do Sul e as políticas e programas sociais não apresentem uma orientação redistributiva das riquezas do país, existem, nesse importante documento, várias evidências de intenções de criar um Estado de Bem-Estar Social, segundo a tradição liberal, e da responsabilidade do Estado na provisão de serviços sociais e de saúde, mesmo que básicos.

Porém, a História da África do Sul teve um efeito pronunciado não apenas em relação à saúde da sociedade, mas também na forma do Estado formular e gerir políticas e serviços de saúde. Desde o período colonial até 1994, os serviços e, posteriormente, as políticas sociais como habitação, assistência social eram organizadas de maneira centralizada e hierarquizadas por raça, e o acesso aos serviços de saúde, educação e ao sistema de aposentadorias e pensões não foram exceções (BUTLER, 2004; DAVIE, 2015; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2005).

Na década de 1990, a maioria da população, 80% de negros, especialmente os que haviam sido confinados nos bantustões, os mestiços (*coloured person*) e os indianos, que juntos representam cerca de 11% da população, tinham menor acesso a serviços sociais, estes de qualidade muito inferior aos ofertados aos brancos, mesmo em comparação aos brancos pobres das áreas urbanas e rurais (DAVIE, 2015; HEAD, 2010; PATEL, 2013). As minorias bôer, de origem britânica e demais cidadãos classificados como *european* contavam com um substancial sistema de bem-estar social e provisão de serviços públicos de saúde (CHANAIWA, 2011; McINTYRE *et al*, 2009). Afinal, a ampla proteção social aos brancos fazia parte da política de racismo total do Estado e de empoderamento da classe trabalhadora branca (PATEL, 2013; SEEKING & MOORE, 2013; SMITH, 2014). As precárias oferta e qualidade de serviços públicos de saúde aos não brancos se agravavam, e ainda se agravam, nas áreas rurais, nos territórios das antigas *homelands* e nas províncias mais pobres (BUNDY, 2014; BUTLER, 2004; HEAD, 2010; GILSON *et al*, 2003; McINTYRE *et al*, 2009). A África do Sul antes da democratização parece expressar ao extremo o

ideal segregador do antigo mundo colonial inglês: “cidade brancas e zonas rurais negras” (DAVIS, 2006; FANON, 1968).

Este longo e ainda recente legado de segregação racial, de classe e territorial faz com que passadas quase duas décadas do fim do “desenvolvimento em separado” instituído pelo *apartheid*, mas que incorporou e tornou oficiais práticas de segregação baseadas nas ideias do racismo científico e do racismo cultural existentes desde o início da invasão holandesa, a África do Sul ainda tenha que superar a dívida social gerada por esses consecutivos sistemas de segregação e exploração dos negros, dos *coloured* e indianos.

Recentemente, em decorrência do regime democrático e da relativa estabilidade política, a África do Sul ainda precisa responder às necessidades sociais de uma expressiva população de imigrantes que deixam os seus países de origem em decorrência de dificuldades econômicas, perseguição religiosa ou étnica e instabilidade política. O censo de 2011 apontou que existiam 2.199.871 estrangeiros vivendo na África do Sul. Isto equivalia a 4,2% da população do país, que na época era de 51.770.560. Dessa importante comunidade, maior do que a tradicional comunidade indiana sul-africana, 71% são oriundos de outros países africanos. Quando se considera os estrangeiros que não possuem a cidadania sul-africana, esse percentual caía para 3,3% da população. Essa parcela significativa da população, que ainda é composta por paquistaneses e nacionais de outros países da Ásia, vem mantendo um número relativamente estável, quando são observados os censos desde então. Porém, esta população vem sendo crescentemente vítima da violência xenofóbica praticada por sul-africanos, sobretudo das classes mais pauperizadas e moradores das *townships*, em que as casas e estabelecimentos comerciais pertencentes aos imigrantes são alvo de saques e destruição.

Sob argumento muito comum ao que se observa entre o precariado dos países da Europa em crise, trabalhadores pobres sul-africanos, impactados pelas duas décadas de desemprego estrutural, baixos salários e crescente precarização, acusam os trabalhadores estrangeiros, oriundos de nações muitas das quais que auxiliaram no esforço de libertação dos sul-africanos contra o *apartheid*, como os moçambicanos, de “roubarem” os empregos dos sul-africanos e utilizarem os

já incipientes recursos e serviços sociais do país. As condições socioeconômicas da maioria destes expatriados são realmente de pobreza e pobreza abjeta quando chegam ao país, mas não se pode ignorar a contribuição econômica e cultural que os mesmos realizam, exercendo atividades que sul-africanos não aceitam exercer ou desenvolvendo o comércio e gerando empregos em áreas marginalizadas pela maioria do comércio formal.

Por fim, a questão dos imigrantes é algo latente no cenário político da África do Sul pós-*apartheid*, sendo constantes os debates nos veículos de comunicação e nas diversas mídias sobre as precárias condições de vida e a desproteção e vulnerabilidade social destes homens e mulheres e de suas famílias. Assim como, se veicula entre lideranças políticas do ANC e setores mais conversadores das elites brancas e negras, a necessidade de restringir a entrada e permanência de imigrantes, tornar mais restrita a oferta de asilo político e fomentar o controle das fronteiras. Tudo isso vem ocorrendo em um contexto em que a crise do afroneoliberalismo sul-africano vem resultando na complexificação da questão social e no ressurgimento de discursos ultra-conservadores que afirmam as clivagens de raça como alternativas para solucionar os problemas da estrutura econômica do país.

O exemplo mais expressivo deste cenário é a crescente importância do Partido EFF entre os sul-africanos mais pobres, tradicional base eleitoral do ANC. Como se vê, a questão dos imigrantes é e continuará a ser pelas próximas décadas alvo de discussão e de intervenções sociais do Estado sul-africano, independente do grupo que chegue ao poder. Embora não falem artigos de jornal e em outras mídias sobre a questão, durante o desenvolvimento desta pesquisa não foram encontrados estudos que abordassem criticamente a oferta e provisão de serviços de saúde às comunidades de imigrantes ilegais.

O desafio contemporâneo do Estado sul-africano é criar um sistema de bem-estar social e um sistema nacional de saúde que responda à complexa realidade sanitária do país, ao mesmo tempo em que desenvolva políticas econômicas orientadas às demandas do capital financeiro e implante programas de contrarreforma do Estado orientados ao livre mercado e à

supercapitalização⁶⁶ das políticas sociais, e, portanto, à preservação do “nicho de mercado” dos planos e seguros privados de saúde e às parcerias público-privadas. O que parece ser um equilíbrio impossível de ser alcançado. Pois as desigualdades sociais em saúde têm um expressivo percurso histórico na África do Sul e são reflexo do sistema de ultra exploração da força de trabalho negra e da política de destituição de direitos civis, políticos e sociais a que estavam submetidos todos os sul-africanos que não apresentavam os padrões oficiais de branquitude. Obviamente, o desenvolvimento em separado e os sistemas anteriores tinham suas implicações diretas e indiretas no campo da saúde.

Analisar as rupturas e continuidades no discurso político sobre saúde na África do Sul Pós-*apartheid* apresenta a necessidade de evidenciar em relação a que as rupturas e continuidades aconteceram. Da mesma forma que demanda identificar quais são as matrizes discursivas dos antigos e novos discursos sobre saúde.

No período da colonização britânica sobre as colônias do Cabo e de Natal e da criação das repúblicas africâneres (Orange Free State e Transval) entre os séculos XIX e começo do século XX, os serviços de saúde do país eram desorganizados, racialmente segregados e hospitalocêntricos. Estas características foram agravadas pela descoberta de diamantes e ouro e pelo desenvolvimento das atividades mineradoras, que aumentaram drasticamente a demanda por serviços de saúde e pela crescente urbanização da África do Sul. Neste cenário das primeiras décadas depois da chamada Revolução Mineral Sul-africana, trabalhadores negros e brancos pobres da comunidade africâner disputavam por trabalho e medidas assistenciais, o que causava horror aos nacionalistas africâneres, já que estes se viam como naturalmente portadores de privilégios, por serem brancos e os legítimos senhores da África do Sul. Mas os africâneres não estavam sozinhos na busca por riquezas e privilégios. Após a descoberta das jazidas, ocorreu uma expressiva chegada de europeus, que, junto a muitos africâneres sem-terra e trabalhadores britânicos, se

⁶⁶ Sobre o processo de supercapitalização das políticas sociais, ver o trabalho de Ernest Mandel (1985).

juntaram na emergente exploração aurífera e diamantífera (ARENDR, 2012; DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005).

Sob o sistema político posterior, decorrente da união das duas ex-colônias britânicas e das duas repúblicas bôeres em um país independente, a União Sul-Africana, em 1910, a desorganização e as intervenções curativas na saúde continuaram a prevalecer, mas sob novos arranjos político-gerenciais. O novo sistema político garantia autonomia às quatro províncias do novo país para organizarem os seus serviços de saúde como desejassem. Desde a primeira Constituição Nacional, a de 1910, os direitos políticos foram reservados aos brancos, e os sul-africanos de cor, especialmente os *coloured* da província de Western Cape, perderam os poucos direitos de representação política. Da mesma forma, a legislação em saúde fomentou a fragmentação dos serviços de saúde e privilegiou os serviços de saúde ofertados aos “trabalhadores civilizados”, em outras palavras, os trabalhadores brancos e os territórios designados para estes.

Neste sentido, a Lei Nacional de Saúde de 1919, *The Public Healt Act N° 36 of 1919*, deu a responsabilidade sobre os cuidados curativos aos hospitais das quatro províncias existentes, e as medidas preventivas e de promoção da saúde para as autoridades locais, tendo sido o principal marco da saúde pública no país até 1977. Mesmo com uma maior regulação estatal, a política de saúde continuou desorganizada e a centralidade dos recursos financeiros e de poder gerencial continuou nos Departamentos de Saúde de cada uma das quatro províncias, embora o recém-criado Departamento Nacional de Saúde estivesse cada vez mais ganhando o poder de formular e regulamentar os serviços de saúde no país, inspirado na experiência inglesa de sistema de saúde. Mesmo com a criação do Departamento Nacional de Saúde em 1919 e com o crescimento da burocracia envolvida na organização dos serviços de saúde nas privíncias, o modelo de atenção à saúde continuou a privilegiar os hospitais e a perspectiva curativa de saúde, amplamente embasada na perspectiva liberal de saúde.

Da mesma forma que ocorria desde a “revolução mineral”, as autoridades de saúde das províncias organizavam a oferta de saúde de média e alta complexidade em uma íntima relação com o setor privado e com pouco ou nenhum contato com as ações de promoção à saúde e

prevenção que eram ofertadas e geridas, mesmo que incipientemente, pelos governos locais. Como se vê, desde a dinamização da economia dentro dos marcos do capitalismo monopolista, a África do Sul, até então considerada uma das colônias menos desenvolvidas dentro do império britânico, após a descoberta das maiores jazidas de ouro e diamantes do mundo foi acompanhada pelo desenvolvimento dos provedores privados de saúde em larga escala, mas segregando trabalhadores de acordo com as linhas raciais e de classe.

Outra importante característica da história dos serviços de saúde na África do Sul do capitalismo racial era a fragmentação, tanto no âmbito da saúde pública, como entre os setores público e privado. A fragmentação seguia as linhas raciais e espaciais dos sistemas segregadores iniciadas pelo regime colonial, reproduzidas pela União Sul-Africana e radicalizada pelo regime de desenvolvimento em separado do *apartheid*. Desde o fim do Século XIX, as unidades de saúde eram racialmente segregadas, e os serviços assistenciais e preventivos foram separados entre brancos e não-brancos, a partir do *Public Health Amendment Act* (Emenda ao Ato Nacional de Saúde Pública), de 1897.

Nesse contexto de intensificação da atividade mineradora e da vigência da legislação racista da União Sul-Africana que, desde o *Natives Land Act*, de 1913, mesmo sob influência do liberalismo econômico e político britânico segregava brancos e pessoas de cor em praticamente todas as esferas da vida social, inclusive nos postos de trabalho e serviços de saúde, no direito à propriedade e usufruto da terra, foi lançada a Comissão Gluckman, liderada pelo médico Henry Gluckman.

Esta Comissão, sob influência do debate britânico em torno da necessidade de organização sistêmica da Política Nacional de Saúde, especificamente em torno do Relatório Dawson⁶⁷, de

⁶⁷ Lord Dawson of Penn foi um médico inglês que trabalhou na organização dos serviços de emergência durante a I Guerra Mundial. Embora desde a década de 1860, na Inglaterra, tenham surgido as primeiras propostas de regionalização, a partir da discussão da área de abrangência de hospitais, e, em 1890, do surgimento da proposta de uma instância para coordenação de todos os hospitais e dispensários para provisão unificada de cuidado para um distrito de saúde, Dawson, em 1920, foi o primeiro a propor o esquema de organização em rede dos serviços de saúde.

1920, representava uma significativa tentativa de organização sistêmica e de regionalização dos serviços de saúde na África do Sul. A Comissão foi criada em 1942, para responder cientificamente a todas as principais necessidades em saúde da União Sul-Africana, sem discriminação racial. Inspirados nas experiências de reforma da saúde realizada na Inglaterra, os dez membros da Comissão se lançaram na missão de fazer um diagnóstico da organização dos serviços de saúde da África do Sul e propor medidas para o aperfeiçoamento dos mesmos.

Mais do que uma reorganização político-gerencial, a “reforma Gluckman” foi uma tentativa de redirecionar o sistema de saúde para a atenção primária. No centro desta proposta de reforma estava a ideia de uma rede de centros de saúde comunitários, que eram precursores dos cuidados primários de saúde com base na comunidade (DENNILL, 2014; MACINTYRE *et al*, 2009).

Na etapa da pesquisa de campo, a Comissão identificou a extrema fragmentação dos serviços de saúde e recomendou a criação de um Sistema Nacional de Saúde unificado e que atendesse a todos os grupos da sociedade, de acordo com as suas necessidades em saúde, sem distinção de classe social, raça, cor ou posição na sociedade. Antes dessa declaração, que chocou os europeus e os sul-africanos brancos, profundamente racistas, os dez membros da Comissão Gluckman percorreram todas as regiões do país em dois anos de estudo, identificando e analisando as necessidades em saúde mais comuns entre os sul-africanos e as modalidades de organização dos serviços de saúde. Depois de mais de dois anos de trabalho, entre 1942 e 1944, a equipe preparou um relatório em formato de um plano nacional de saúde, que enfatizava, baseado em evidências científicas e na pesquisa de campo, a necessidade de o sistema de saúde ser coordenado em nível nacional de maneira sistêmica e unificada, além da necessidade de as políticas de saúde se orientarem pelos enfoques de prevenção e promoção da saúde. Para tal, eles recomendaram a criação e progressiva implantação de um Serviço Nacional de Saúde, sob direção do ministro da saúde e coordenado de maneira coletiva pelo Departamento Nacional de Saúde. O escolhido, em 1945, para assumir o cargo de Ministro da Saúde foi o próprio Henry Gluckman, que na época também era membro do *Unionist Party*, partido de centro-direita orientado principalmente aos interesses econômicos e sociais da comunidade britânica.

Os membros da Comissão Gluckman foram incorporados ao Ministério da Saúde e indicavam que os centros comunitários de saúde seriam as unidades fundamentais de provisão dos serviços de saúde da África do Sul. A ideia do sistema para os centros comunitários era integrar as medidas assistenciais com as de promoção da saúde, o que de fato não ocorria, em decorrência do modelo hospitalocêntrico e fragmentado de saúde e da centralidade do investimento estatal nos serviços privados, no suposto intuito de tornar os serviços privados mais acessíveis à classe trabalhadora branca. O relatório da Comissão Gluckman também defendia a adoção de um enfoque holístico de saúde e de política de saúde, em que habitação, educação, saneamento e meio ambiente deveriam ser desenvolvidos de maneira integrada com a política de saúde para garantir a criação de ambientes saudáveis.

A partir das propostas da Comissão, que contavam com o apoio dos segmentos de centro-direita do Governo da União Sul-Africana, representadas pelo *Unionist Party*, foram desenvolvidas experiências piloto, como a do Centro Comunitário de Saúde de Pholela, na Província de Natal, atualmente KwaZulu-Natal. O centro de saúde Pholela serviu de escola de treinamento para outras equipes de saúde das demais províncias sul-africanas e em pouco tempo existiam centros comunitários de saúde desenvolvendo o modelo assistencial do *Community Primary Care (COPC)* – Atenção Primária em Saúde Orientada à Comunidade - em todo o país, que na época estava dividido em apenas quatro províncias: a Província do Cabo, de Natal, Transvaal e Orange Free State. Pela primeira vez, a ordem social do discurso em saúde hospitalocêntrica, assistencialista e fragmentadora, se deparou com um contradiscurso capaz de questionar a sua hegemonia.

Com a chegada do Partido Nacional ao poder em 1948, a implementação das reformas propostas pela Comissão Gluckman foi amplamente interrompida. O Partido Nacional e a sua violenta ideologia do desenvolvimento em separado, não permitia a continuidade a um sistema de saúde que não seguia a diretriz da segregação racial total e o ministro que substituiu Henry Gluckman, Albert Jacobus Stals, representante do Partido Nacional, foi bastante ortodoxo na readequação do sistema de saúde em direção à separação total entre os grupos raciais e na defesa dos privilégios dos brancos, sobretudo dos brancos pertencentes à comunidade africâner. Além disso, o poder de organização sistêmica do sistema nacional de saúde, conquistado pelo *Union*

Health Department (Departamento de Saúde da União Sul-Africana) no pouco tempo da gestão de Gluckman e da sua equipe, foi desmantelado pelo Partido Nacional, retomando e aprofundando a fragmentação dos serviços de saúde entre as quatro províncias e dentro delas e criando um contexto ainda mais favorável à mercantilização de serviços de saúde e de amplos subsídios do Estado ao financiamento dos serviços privados de saúde, além de parcerias público-privadas que garantiriam ampla acumulação de capital por parte de unidades de saúde privadas.

Com a ascensão do *apartheid* nos últimos anos da década de 1940 e a radicalidade segregadora propagada por Daniel François Malan, o primeiro ministro eleito como representante do NP, as leis de separação entre as raças nos serviços de saúde foram endurecidas. Todas as dimensões dos serviços e programas da Política de Saúde eram segregadas segundo os grupos raciais: brancos, não-brancos (asiáticos e *coloureds*) e negros. Primeiro os serviços estavam classificados em *European* e *non-European* (Europeus e Não-Europeus) e, partir da década de 1960, em *White* e *Non-white* (Branco e Não-Branco). Embora, bem antes do *National Party* chegar ao poder executivo nacional, com uma agenda política que representava sobretudo os interesses da comunidade africâner e o sonho desta de se estabelecer como senhores da África do Sul, a segregação racial já era amplamente realizada em todo o país, mesmo sem ter uma abrangente política de clivagens raciais. A grande transformação oriunda dessa chegada dos africâneres ao poder foi a legitimação da violência contra todos os que se opunham ao sistema de autocracia racial, fossem brancos ou não. O Estado racializador criado pelo Partido Nacional, no seu intuito de fazer da África do Sul um país do povo africâner, que representava mais da metade da população branca, não apenas institucionalizou o racismo e a discriminação, como formas abertas de violência do Estado contra os dissidentes e os não-brancos. Tornar o homem africâner o senhor da África do Sul envolvia manter a classe trabalhadora negra sob rígido controle disciplinar e destituída de direitos. Neste intuito, o uso da violência, que desde a década de 1960 fez da África do Sul despontar como um dos países com uma das maiores taxas de homicídios e crimes violentos do mundo, teve origem neste período, em que o poder policial e militar do *apartheid* estava comprometido em controlar e punir os pobres nas *townships* e nos bantustões. Enquanto isso, dentro destes 13% do território destinados aos negros ou nos precários assentamentos negros nas cidades sul-africanas, que

insistiam em crescer em decorrência da expansão da indústria capitalista, gangues e a corrupta polícia das *homelands* mantinham outros homens e mulheres negros submetidos a um cotidiano marcado por diversas formas de violência e opressão.

Além de agravar a fragmentação e focalização racial das políticas sociais, o sistema do desenvolvimento em separado ocasionou o encarecimento dos serviços de saúde em todos os três níveis do Estado, porque todos os programas e serviços tinham que ter o dobro de recursos e o dobro da burocracia para cobrir as populações brancas e não brancas. A estratificação racial era complexa também entre os não-brancos categorizados como *coloured*, classificados, segundo o *Group Areas Act* (1950), em mestiços (resultantes, sobretudo da relação entre homens brancos e mulheres sul-africanas nativas e entre os primeiros e suas servas e escravas oriundas das colônias holandesas na Ásia), chineses, malaios e indianos.

Na complexa divisão racial dos serviços de saúde, os subgrupos *coloured* geralmente eram atendidos nos mesmos serviços de saúde, mas também existiam unidades de saúde públicas e privadas que atendiam exclusivamente um dos subgrupos. Além de criar uma hierarquia em que os brancos representavam a elite e promover o discurso de que a África do Sul deveria se tornar um país 100% branco, a ideologia racista do sistema também fomentava o racismo entre os *coloured*, os asiáticos contra os negros, dificultando a organização e a coletivização das causas entre os grupos raciais econômica, cultural e politicamente subalternizados. Mesmo sendo objeto de certos privilégios nas linhas raciais do *apartheid* quando comparados aos negros, os *coloured* também sofriam extrema discriminação e tinham as suas possibilidades de ascensão social limitadas pelas reservas de trabalho e poder destinadas exclusivamente aos brancos. No auge do *apartheid*, em que o discurso radical dos nacionalistas africâneres contava com enorme legitimidade entre a classe trabalhadora branca, chegou-se a pensar na criação de um bantustão para os *coloured* e no envio forçado de toda a comunidade de origem indiana de volta ao país de origem.

Porém, a crescente demanda por força de trabalho que vivesse próxima dos postos de trabalho da “África do Sul branca”, que fosse barata e tivesse um nível de educação formal superior à ofertada aos negros, sistematicamente negada ou de má qualidade, frustrou os planos dos

nacionalistas mais radicais. Este inegável conflito de interesses dentro da ordem do discurso do Partido Nacional começou a dividi-lo em grupos mais radicais, representados pelas frações do capital agrário, minerador e os setores mais subalternizados da classes trabalhadora branca e setores mais alinhados ao liberalismo, que sabiam que a expansão do desenvolvimento econômico e social dos brancos sul-africanos dependia de uma maior flexibilização das leis que ordenavam a circulação e contratação da força de trabalho negra no território sul-africano. Em outras palavras, era necessário expandir o número de negros vivendo e/ou trabalhando na África do Sul. Estas necessidades postas pelo avanço das relações capitalistas na África do Sul começaram a ser representadas dentro do Partido Nacional, essencialmente, pelas frações industrial e bancária, pelo empresariado branco urbano e por segmentos da elite de origem europeia.

Como evidenciam os trabalhos de Deborah Posel (2012) e Saul Dubow (2014) o sistema do *apartheid* nunca se estruturou de maneira única e sem conflitos, nem mesmo entre os seus idealizadores e beneficiados. Ele foi assumindo níveis diferentes de implementação e rigor no território sul-africano de acordo, principalmente, com as tensões entre as frações das classes dominantes: os setores mais racistas e nacionalistas, representados pela elite política e pelas organizações dos trabalhadores africanos e trabalhadores brancos pobres e os setores mais liberais e favoráveis à exploração da força de trabalho dentro dos marcos do capitalismo clássico, representado pela burguesia de origem britânica.

Mais do que o racismo, o que era inaceitável pela elite britânica, orientada pelo liberalismo econômico, era o sistema de protecionismo aos trabalhadores brancos, fundamental para o empoderamento econômico da comunidade africaner (ARENDR, 2012; FEINSTEIN, 2005; PATEL, 2013). Este sistema de proteção ao trabalho e provisão de bem-estar demarcava que, mesmo sem produzir riquezas com a mesma intensidade de um trabalhador negro, mesmo os trabalhadores brancos mais pobres teriam o direito a salários muito elevados, mesmo se comparados aos trabalhadores europeus na mesma posição e com a mesma escolaridade em países desenvolvidos (DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005). O esquema de privilégios baseados na branquitude e na exploração intensa da força de trabalho negra se estendia aos aspectos da provisão e gestão dos serviços de saúde, mesmo no período em que a manutenção

dos salários e dos serviços sociais aos negros em níveis inferiores à sua reprodução enquanto força de trabalho colocavam em risco a manutenção das taxas de lucro do capital. Como se vê, o primeiro conflito posto ao *apartheid* foi decidir o que deveria prevalecer: as relações de exploração econômica, que garantiam altos níveis de extração de mais valia, sobretudo absoluta, ou o sistema de exploração e hierarquia racial, que garantia o empoderamento econômico e social da classe trabalhadora branca?

Mas a prática da segregação nos serviços de saúde era realizada desde o período colonial, com a organização de serviços médicos nas áreas urbanas e nas zonas de mineração orientados aos trabalhadores brancos e suas famílias. Desde a chegada do Partido Nacional ao poder, até os trabalhadores africanos mais pobres, antes tão pobres quanto o proletariado negro, passaram a ter capacidade de compra de serviços privados e contavam com amplos programas de proteção social. Era esta prática de segregação de classe e raça na prestação de serviços de saúde que a Comissão Gluckman almejava por fim.

O advento do *apartheid* só veio agravar esta segregação por meio da diminuição do investimento em políticas, programas e serviços de saúde destinados aos negros, em sua maioria geridos e ofertados por ordens religiosas, tendo em vista a retirada do Estado sul-africano de responsabilidades políticas sob os negros, que perderam a cidadania sul-africana, forçados a aceitar a cidadania de algum dos Estados fantoche, as *homelands*, e a crescente fragmentação e marginalização dos serviços de saúde voltados aos não-brancos. Até mesmo os “privilégios” sociais e políticos que a população *coloured* tinha na província do Cabo, foram retirados por Daniel F. Malan. O arquiteto do *apartheid* ainda propôs no Parlamento Nacional a expulsão de todos os judeus do país, que eram identificados como uma raça inferior e defensores ávidos do capitalismo liberal. No intuito de empoderar social e economicamente os brancos pobres, por meio da ideologia de supremacia branca, ele iniciou uma série de políticas de austeridade social contra os trabalhadores *coloured* e asiáticos. Assim como, diminuiu as taxas dos serviços de saúde cobradas às famílias brancas e garantiu gratuidades nestes serviços a todos os brancos pobres, enquanto aumentava os salários pagos aos brancos, com base na lei da barreira de cor, a valores tão altos como os pagos em países de capitalismo central.

A política de saúde aos negros não saiu ileso das medidas do capitalismo racial. Malan determinou que as atividades de saúde desenvolvidas pelas igrejas cristãs em áreas demarcadas pelo governo racista como destinadas aos negros, dentro do país e nas reservas, poderiam continuar a existir, porém, sem o suporte financeiro do governo nacional, que progressivamente destituía os direitos dos negros e negras até mesmo aos serviços de saúde mais básicos. A destituição dos direitos sociais e políticos dos não-brancos e o aumento da intensificação da extração de mais-valia absoluta e/ou relativa da população negra gerou os recursos necessários para enriquecer e/melhorar significativamente os níveis de bem-estar social da população africâner e das demais frações da classe trabalhadora branca, em menos de duas décadas. Em pouco tempo, o “problema dos brancos pobres” que aterrorizava os nacionalistas africâneres do Partido Nacional, do *Afrikaner Bond* e de outras organizações racistas desde o final do século XIX, foi resolvido.

Em 1953, quando os nove bantustões foram criados, cada um recebeu o seu próprio departamento de saúde e estes departamentos de governo agiam separadamente uns dos outros, com autonomia administrativa, como poderes quase independentes, com controle cuidadosamente manipulado por Pretória e pelas elites da administração das reservas, geralmente, cooptadas pelo regime do *apartheid* (GILSON *et al*, 2003; McINTYRE *et al*, 2009; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012). Cada um dos departamentos de saúde das *homelands* só estava autorizado a servir ao seu grupo étnico e dentro do seu território, indicados segundo o *Native Land Act*. Os departamentos das reservas se somaram aos outros cinco departamentos com responsabilidades sobre a saúde: o nacional e o das quatro províncias.

O resultado era um sistema de saúde extremamente caro, fragmentado e ineficiente, mas que promovia ampla proteção à minoria branca por meio dos impostos pagos pelos negros das *townships* e das reservas ao governo racista da África do Sul (FEINSTEIN, 2005). Por exemplo, mesmo que morassem em uma tenda dentro dos superpovoados bantustões, cada unidade de moradia, independente das condições sanitárias do território e da qualidade da habitação, pagaria impostos de moradia que eram em grande parte destinados ao Governo do *Apartheid* por meio da administração corrupta dos bantustões, além de serem caros demais para os baixos salários pagos aos negros fora ou dentro das reservas. No outro espectro da hierarquia racial, os trabalhadores

brancos pobres recebiam unidades de moradia de boa qualidade localizadas em áreas com infraestrutura básica e social, de forma gratuita ou subsidiada e ainda contavam com uma política tributária progressiva que poupava os salários especialmente dos trabalhadores brancos de posições subalternas. Grande parte destes projetos habitacionais eram criados em áreas das cidades tomadas de maneira violenta das comunidades *coloured*, indiana e dos negros que viviam nas *townships*. Além do estresse psíquico causado por esta política de espoliação baseada nos discursos políticos sobre hierarquia racial e desenvolvimento em separado, os grupos raciais subalternizados dentro e fora dos banstustões foram crescentemente submetidos a moradias em assentamentos com condições sanitárias piores e cada vez mais longe dos postos de trabalho. Os reassentamentos forçados das comunidades *coloured* e africana em pontos do território cada vez mais precários crescia proporcionalmente ao empoderamento da população branca, concentrada nas áreas urbanas e que se recusava a dividir o espaço urbano com moradores negros, indianos e *coloured*.

Em decorrência desta e de outras políticas de empoderamento dos trabalhadores brancos, como a da barreira de cor no ambiente de trabalho, de gratuidade ou de subsídios à moradia, educação e saúde, entre as décadas de 1950 e 1970 as condições de saúde da população branca da África do Sul eram semelhantes à dos países da Europa central, enquanto a maioria dos negros e parte dos *coloured* apresentavam dinâmicas de adoecimento e mortalidade típicas do grupo de países mais pobres de capitalismo periférico (DENNILL, 2014; PATEL, 2013; RISPEL & MOORMAN, 2013). Ao menos no plano da saúde, o sonho do *apartheid* em transformar a África do Sul branca em um país europeu na África foi alcançado. Ainda em 1960, apenas 12 anos depois da implantação do regime de segregação total, 80% dos brancos sul-africanos eram usuários de planos privados de saúde (SODERLAND, SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998).

Nos últimos anos áureos do *apartheid*, o então Ministro da Saúde, o médico Carel de Wet, em 1971, defendia que o contato entre as raças seria bem-vindo se o motivo do contato fosse o enrijecimento da separação entre as mesmas.

Porém, este sistema de saúde, assim como todo o sistema político do capitalismo racial era insustentável e logo seria tensionado pela crise da sociabilidade que o sustentava: em nível

internacional, a grande crise capitalista de 1973, e, em nível doméstico, pelo conflito político entre a classe trabalhadora negra e os movimentos de libertação organizados contra o regime de segregação.

No final da era do *apartheid*, haviam 15 departamentos de saúde separados na África do Sul: 4 departamentos provinciais; 10 departamentos dos bantustões e um Departamento Nacional de Saúde. Durante a pigmentocracia do regime, os serviços de saúde foram focalizados na assistência hospitalar e serviços de atenção primária em saúde eram subdesenvolvidos e marginalizados dentro da agenda dos serviços de saúde. Mesmo sendo de responsabilidade dos governos locais, os serviços de promoção e prevenção eram pouco expressivos e focalizados nos brancos pobres. Além disso, nos bantustões, os serviços de saúde eram subfinanciados, as instalações eram geralmente precárias e os trabalhadores de saúde eram insuficientes e precariamente remunerados, quando não eram voluntários. Um exemplo disso é que, entre os anos de 1986 e 1987, a despesa *per capita* de serviços de saúde variou de 23 rands, cerca de US\$ 11, no bantustão de Lebowa para 91 rands, quase US\$ 45, no bantustão de Ciskei e a partir de 150 rands, 75 US\$, na província de Transvaal para 200 rands, US\$ 100, na província de Natal e do Cabo. Até as décadas de 1960 e 1970, a espinha dorsal do sistema de saúde nos bantustões eram hospitais sem fins lucrativos e hospitais sob gerência de missionários (GILSON *et al*, 2003; MACINTYRE *et al*, 2009). Em outras palavras, assim como ocorria com os trabalhadores desempregados ou sem emprego formal no Brasil antes do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência em saúde aos negros era completamente dependente da filantropia.

O crescimento do setor privado na área da saúde é uma realidade da África do Sul contemporânea, mas esse processo está inscrito na história do país de maneira mais acentuada do que em outros países da periferia capitalista. Até 1889, todos os cuidados de saúde no país foram financiados por pagamento privado. A primeira organização privada de seguros de saúde voluntários, chamada de *Medical Schemes*, Planos Médicos, foi introduzida em 1889, para atender às necessidades de saúde dos trabalhadores brancos da mineração. Em 1939, no início da Segunda Guerra Mundial já existiam 48 operadoras de seguros de saúde (SODERLAND; SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998; VAN RENSBURG, 2012). A adesão a esses seguros privados

permaneceu restrita às pessoas brancas até o final da década de 1970, quando foi progressivamente estendida aos *coloured*, indianos e negros, desde que pudessem pagar, e, mesmo assim, recebiam serviços e uma cobertura inferior àquela ofertada aos brancos (DENNILL, 2014). O desenvolvimento do setor privado de saúde foi em grande parte estimulado pelo Complexo Mineral-Energético. Essas instituições capitalistas são muito poderosas e influenciaram profundamente a economia política da África do Sul e o seu sistema de saúde em maior extensão do que na maioria dos outros países africanos e asiáticos pós-coloniais (McINTYRE *et al*, 2009), realizando um intenso *lobby* para que o Estado racista subsidiasse os seguros e serviços privados de saúde. O MEC repassava grande parte dos custos de reprodução da força de trabalho ao Estado, se isentando de parte dos altos custos envolvidos na contratação da classe trabalhadora branca e ainda sendo desresponsabilizado pela extrema exploração e baixos custos salariais a que estavam submetidos os trabalhadores negros, asiáticos e *coloured*. Como grande parte dos provedores privados de saúde são de total ou parcialmente propriedade de frações do MEC, além dos benefícios da ultra exploração da força de trabalho negra, estas frações do capital ainda acessavam porções significativas do fundo público sul-africano por meio dos esquemas privados de saúde e seus benefícios tributários e altos preços pagos para contratação de serviços por parte do Estado.

Mas a principal inflexão sobre o sistema de saúde racista da África do Sul foi a crise capitalista de 1973, que ocasionou recessão, estagnação econômica e o crescimento expressivo dos gastos com tecnologia em saúde, diante do modelo hospitalocêntrico, assistencialista e biomédico que vinha se estruturando desde 1948, a partir dos amplos subsídios do regime do *apartheid*. O governo do Partido Nacional, então, iniciou uma série de reformas, a partir de meados de 1970, para repassar as responsabilidades na provisão de serviços de saúde ao mercado, tentando assim diminuir a carga dos serviços de saúde sobre o orçamento do Estado.

Neste sentido, a privatização e o incentivo à adesão de seguros privados de saúde foi a estratégia adotada. Porém, no momento em que o regime do *apartheid* discretamente tentava reduzir a carga financeira do sistema de saúde ofertado aos brancos, para responder à crise econômica, a classe trabalhadora negra, a partir das paralisações e greves, organizadas pelos sindicatos negros, ilegais no período, se mobilizava pelo fim da autocracia racial e pela

desracialização do sistema de bem-estar social (PATEL, 2013; VAN RENSBURG, 2012). O que significava que, além dos mesmos salários, os trabalhadores negros, asiáticos e *coloured* almejavam ter acesso a serviços sociais da mesma qualidade dos que eram garantidos aos brancos. Como evidenciam Charles Feinstein (2005), Sampie Terreblanche (2005), Saul Dubow (2014) e Deborah Posel (2012), mesmo tendo conseguido melhorias expressivas nos salários durante a segunda metade da década de 1970, que ainda permaneciam muito inferiores aos salários pagos aos trabalhadores brancos, os sul-africanos negros não tiveram o mesmo sucesso na sua luta pelo acesso aos serviços de saúde. Estes serviços, em grande parte, já estavam privatizados e as taxas cobradas aos não-brancos nos serviços progressivamente ofertados pelo Estado aos *coloured* e indianos, como resposta à ação política destes, continuavam escassos e muito caros para a maioria. Enquanto isso, o orçamento do Estado para a saúde continuava a se concentrar em subsídios e compra de serviços à iniciativa privada, correspondendo a 70% do total, mesmo que, naquele período, os usuários de seguros de saúde representassem menos de 15% do total da população (VAN RENSBURG, 2012).

Para tentar responder a este complexo contexto econômico, político e social, que levou ao ápice dos conflitos pelo fim do *apartheid*, foi promulgado, em 1977, o *National Health Act*, Número 63. Esta legislação objetivava promover reformas no sistema de saúde da África do Sul. O documento claramente definia as atividades, as funções, poderes e responsabilidades das autoridades de saúde do Estado, assim como, a necessidade de uma maior cooperação e compartilhamento intergovernamental entre o governo nacional, os governos das quatro províncias e os governos locais. Além disso, o Ato Nacional N° 63 apontava a necessidade de a iniciativa privada ampliar a sua participação na oferta dos serviços de saúde de maneira suplementar, mas sem estabelecer o limite dessa participação. Fica muito evidente no conteúdo deste documento que a preservação da saúde, prioritariamente, como um nicho de acumulação de capital seria defendida pelo discurso político do Partido Nacional. Também estava claro, neste contexto marcado por lutas sociais dos trabalhadores negros, que as formações ideológicas dos setores liberais dentro do NP estavam se tornando contradiscursos importantes em relação ao núcleo mais nacionalista do partido, ganhando poder inclusive no processo de formulação das políticas de saúde.

Este Ato Nacional, a principal lei nacional sobre a saúde pública desde 1919, também assinalava a necessidade de um sistema universal de saúde ser instituído na África do Sul, elemento do discurso político sul-africano interdito desde 1948, por meio da matriz discursiva racista, fisiologista e privatista do Partido Nacional. O objetivo do sistema proposto era promover acesso a serviços de saúde para toda a população, em nível comunitário, preservando as clivagens raciais e territoriais do *apartheid*.

Inicialmente, desde o final do século XIX, os hospitais privados se limitaram a criar instalações hospitalares específicas para a indústria da mineração, especialmente grandes hospitais nas proximidades de zonas mineradoras e voltados aos trabalhadores de origem europeia. Mas também foram criadas, como foi visto, unidades hospitalares voltadas às populações *coloured* e asiática, dentro das áreas designadas para estes grupos. Os hospitais privados se expandiram durante a década de 1980 e o número de leitos em hospitais com fins lucrativos quase dobrou entre 1988 e 1993. O que motivou a expansão dos leitos em hospitais privados foi a crescente migração dos trabalhadores brancos para os seguros privados de saúde (DENNIL, 2014; PATEL, 2013; VAN RENSBURG, 2012).

Esta migração foi fomentada por uma explícita política governamental de privatização, que foi especificamente motivada por tendências do capital em nível internacional para um papel crescente do setor privado e nas parcerias público-privadas, para a provisão de serviços de saúde. Além de tudo, o crescimento dos custos em manter o sistema de saúde criado pelo Partido Nacional se tornaram insustentáveis durante o embargo econômico estabelecido por diversos países contra o regime oficial de segregação racial. Além disso, o governo do Partido Nacional havia aumentado significativamente os gastos militares, sobretudo nos mandatos de Pieter Botha (1978-1984 e 1984-1989), que buscava canalizar os gastos do Estado na militarização. Este foi o período em que a África do Sul adquiriu armas nucleares do Governo de Israel e comprou armas de destruição em massa dos Estados Unidos da América.

Durante os governos daquele que ficou conhecido como o grande crocodilo, *Die Groot Krokodil*, pela extrema violência de Estado utilizada contra os movimentos anti-*apartheid*, o gasto

militar chegou a consumir 20% do PIB e a política internacional de incentivos à privatização dos sistemas de saúde encontrou um cenário doméstico ainda mais favorável (DENNILL, 2014). O intuito, como se sabe, era criar novos nichos de acumulação de capital, por meio da mercantilização das políticas sociais, sendo um movimento de escala global verificado em praticamente todos os países capitalistas (HARVEY, 2008). Esta privatização em massa não representou um grande problema para a maioria dos sul-africanos brancos, pois séculos de privilégios e de protecionismo que se aprofundaram com o *apartheid* garantiam a aquisição de serviços de bem-estar social, previdência social e saúde junto à iniciativa privada, ainda fortemente subsidiada pelo Estado.

O mesmo não se pode falar das minorias *coloured* e indiana, que embora tivessem conseguido uma maior representação política no país junto ao Governo Botha, que criou duas novas casas legislativas para legislar para cada uma destas minorias, que juntas representavam no período cerca de 13% da população, demonstrou uma clara tentativa de cooptação destas importantes minorias, ampliando a integração política e social destas ao *apartheid*. Mesmo com a expansão dos seus direitos à representação política, representada pela Constituição Nacional de 1983, *The Republic of South Africa Constitution Act*, que criou o Parlamento tricameral, com casas separadas representando brancos, *coloured* e indianos e sem o reconhecimento ou representação dos sul-africanos negros, os indianos e *coloured*, em decorrência das barreiras da cor no mercado de trabalho e, conseqüentemente, nos salários, geralmente não tinham como migrar completamente para os seguros privados de saúde e aqueles que dependiam apenas dos serviços públicos estatais, vivenciaram uma queda na qualidade dos serviços, decorrente do desfinanciamento da política de saúde, durante os governos de Botha e no governo de transição de De Klerk.

Além das restrições orçamentárias à saúde definidas pelo Partido Nacional, a crise econômica que atingiu a África do Sul desde o final da década de 1980 tornou mais precários os serviços sociais públicos de saúde. Estes serviços, programas, projetos e unidades de saúde viram seu sucateamento acontecer no mesmo momento em que a maioria negra e as minorias mestiça e indiana conquistaram o amplo direito de utilizá-las. Enquanto isso, a política de financiamento da saúde continuava a incentivar parcerias público-privadas, a privatização e os subsídios aos seguros privados de saúde, que continuavam a ser majoritariamente utilizados por brancos.

Como se vê, antes mesmo de Nelson Mandela assumir a presidência ou da implantação do GEAR, o Partido Nacional promoveu uma onda de mercantilização e de subfinanciamento do sistema de bem-estar social sem superar a segregação racial na provisão, cobertura e desmercantilização dos serviços sociais (DENNILL, 2014; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2005). O governo fez isto no momento em que aumentou vertiginosamente os gastos militares para conter os movimentos de libertação nacional e sabotar processos de descolonização na África Austral e as ações militares e de guerrilha do ANC dentro do país. Este foi o declínio do *welfare state* branco, criado pelo *apartheid*, e muito próximo do regime de Estado de bem-estar social que Gosta Esping-Andersen (1995) denominou liberal ou anglo-saxão. A experiência sul-africana de sistema de bem-estar social pigmentocrático, de 1948-1994, corrobora a tese do sociólogo sueco de que democracia e bem-estar social não são pares, não têm relação direta e nem sempre caminham juntos.

Sampie Terreblanche (2012) defende que esta política de incentivos à privatização das empresas estatais, dos serviços de bem-estar social e de significativos subsídios à iniciativa privada continuou mesmo no momento em que as elites políticas do Partido Nacional souberam que negociar a transição com o ANC era a única alternativa. Para o autor, isto se deu não no intuito de melhorar a cobertura do bem-estar social ou a eficiência das empresas estatais, o intuito era preservar as empresas e serviços mais lucrativos nas mãos da elite branca, descapitalizando o Estado e, conseqüentemente, deixando os governos nacionais de maioria negra vulneráveis à tomada de decisão dos executivos e dos proprietários destas organizações. Como se sabe, a esperada estatização das riquezas nacionais, dos setores estratégicos e do sistema bancário não aconteceu, então, a estrutura de propriedade e de capitais foi essencialmente preservada (GUMEDE, 2015; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012), garantindo a continuidade do poder econômico e político dos seguros de saúde na África do Sul de obstaculizar medidas reformistas, orientadas à desmercantilização da saúde (DENNILL, 2014).

Em 1986, como visto no capítulo 2, o ano em que o ANC e o Partido Nacional tiveram que iniciar as negociações por uma transição para um regime democrático, um Plano Nacional de Saúde, *The National Health Plan* (1986), foi elaborado, com o objetivo de responder às

necessidades em saúde de todos os sul-africanos. Este Plano, baseado no conteúdo da Declaração de Alma-Ata, sobretudo na centralidade da atenção primária em saúde e no papel do Estado em promovê-la, apontava um forte compromisso político com a implementação de um sistema de saúde com foco na atenção primária. O esforço da nova política nacional de saúde era a prevenção das doenças e a promoção da saúde por meio de serviços de saúde centrados nas comunidades, retomando parte das propostas da Comissão liderada por Henry Gluckman. Além disso, o novo sistema deveria promover a participação comunitária, uma abordagem multidisciplinar do processo saúde-doença e almejava alcançar futuramente, a formulação, gestão e oferta de serviços de saúde por meio uma estrutura unitária, um sistema nacional de saúde.

A centralidade da atenção primária em saúde e do mercado na provisão de serviços, em um contexto em que a África do Sul realizava as negociações de transição e enfrentava uma profunda crise econômica e política, ficou mais evidente quando o Conselho Nacional de Política de Saúde definiu a seguinte resolução:

O único meio de ofertar serviços de saúde acessíveis a todos os habitantes da República da África do Sul, é por meio da parceria entre o Estado e o setor privado, baseada no Plano Nacional de Serviços de Saúde, com ênfase na atenção primária em saúde (Department of National Health and Population Development, 1992, p. 1, tradução nossa).

Mesmo com todas as expectativas dos sul-africanos de que a transição levasse progressivamente o país à socialização não só da política, como também do bem-estar social, a nova orientação da Política Nacional de Saúde, que tomou forma na década de 1980 e que ganhou respaldo legal por meio do *National Policy for Health Act* (Número 116 de 1990), enfatizava os seguintes princípios em seu conteúdo, que claramente reproduziam como discurso de Estado a perspectiva liberal de saúde, a centralidade da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde e a primazia do papel do Estado em regular os serviços privados de saúde, conforme foi sintetizado no quadro 4.

QUADRO 2: PRINCÍPIOS DO NATIONAL POLICY FOR HEALTH ACT, NÚMERO 116 DE 1990

1.Os indivíduos devem assumir a responsabilidade por seu próprio bem-estar-social, mental e físico, assim como pelo de suas famílias;
2.Os custos individuais decorrentes do uso serviços de saúde devem ser pago pelos usuários, mas as pessoas em condição de indigência devem ser poupadas disto;
3.O setor privado deve ser encorajado a prover serviços de saúde desde que sejam de interesse público;
4.O Estado e as autoridades locais devem viabilizar serviços universais e integrais em saúde, desde que levem em consideração a disponibilidade de recursos.

Fonte: análise documental do National Policy for Health Act, Número 116 de 1990.

Segundo o Documento:

Provided that such policy shall be determined within the framework of the following guidelines:

(i) That an inhabitant of the Republic, if he is capable of doing so, shall primarily be responsible for his own and his family's physical, mental and social well-being, but that the State and local authorities shall share responsibility in this regard by providing an efficient and comprehensive health service;

(ii) that such inhabitant shall pay the costs incidental to his medical treatment, but that the financial circumstances of a patient shall not take precedence over the necessity for treatment, and that indigent persons shall be accommodated;

(iii) that the provision of a comprehensive health service by the State and local authorities shall be directed in a responsible manner at the needs of the individual and those of society, but that the available financing sources, natural resources and manpower of the Republic shall be taken into account;

(iv) that the private sector shall be encouraged to provide health services in the Republic, but that the provision of such services shall be in the public interest (National Policy for Health Act N° 116, 1990. p.4).

É interessante destacar estes princípios, pois eles não são uma exclusividade do *National Policy for Health Act* Número 116 de 1990. Eles continuamente surgem como verdadeiras fórmulas discursivas na legislação e nas políticas sociais da África do Sul, formuladas desde o início da

transição à democracia e da crise econômica que levou o governo do *apartheid* a incentivar a privatização dos serviços de saúde e a crescente transição dos trabalhadores brancos para os seguros privados de saúde, ainda na segunda metade da década de 1970, apontando que o discurso político do Partido Nacional operou mais rupturas em direção à desracialização do sistema de saúde do que orientadas à desmercantilização, preservando no campo da saúde a sua matriz discursiva orientada pela perspectiva liberal de saúde, mesmo que implantando programas e serviços voltados à atenção primária em saúde, conforme posto na Declaração de Alma Ata.

Estes princípios, que abertamente revelam uma perspectiva liberal residual de bem-estar social, se materializam também na Constituição Nacional de 1996, que, embora seja considerada uma das mais avançadas do mundo, condiciona a efetivação dos direitos sociais e do bem-estar social à existência de recursos e delimita apenas prover serviços gratuitos de saúde àqueles que não tenham condições de obtê-los no mercado. A determinação sobre a extensão do orçamento para as políticas sociais, entre elas a de saúde, vem do Ministério da Finança que, desde a transição à democracia, é liderado por membros do ANC com estreita relação com o MEC e com o capital financeiro global (BOND, 2014; DAVIE, 2015; HABIB, 2013; HART, 2013).

É comum no discurso político sobre bem-estar social e saúde na África do Sul, desde a crise econômica do capitalismo racial do *apartheid*, a substituição dos critérios raciais por aqueles de comprovação da pobreza e a difusão de uma construção discursiva acerca de uma suposta “crise do Estado” que, apelando para a essencial ineficiência das organizações do Estado nas funções de regulação social, difunde justificativas ideológicas para o processo de mercantilização/comodificação das políticas sociais e da responsabilização do Estado somente com os segmentos mais precarizados da sociedade – os que não têm como pagar - , comum ao restante da periferia e em grande parte do centro capitalista, especialmente após a crise capitalista de 2008. Dessa forma, respondendo não a uma crise do Estado, mas à crise do capital, que precisa acessar novos nichos de acumulação de capital como as políticas de saúde e de bem-estar social.

Como resultado da regressiva reforma da saúde, claramente orientada à mercantilização deste importante setor, realizada pelo Partido Nacional entre os anos 1970 e 1980, não só a

prestação de serviços se deteriorou na rede pública, como também as condições de trabalho, levando diversos profissionais de saúde a aposentadorias precoces, a buscar oportunidades de trabalho em outros países, especialmente no Reino Unido e na Austrália, mas principalmente a uma migração da força de trabalho em saúde do setor público para o privado. No início dos anos 1980, cerca de 40% dos médicos trabalhavam no setor privado, mas uma década depois, 62% dos médicos gerais e 66% dos especialistas estavam em consultórios particulares. Como os médicos especialistas geralmente instalam seus consultórios dentro de hospitais privados e atendem à clientela desses hospitais, o aumento dos leitos em hospitais privados ocasionou uma expansão do movimento de médicos especialistas para o setor privado de saúde. Não somente os médicos. A falta de profissionais de enfermagem também foi problemática, tendo em vista que sempre representaram a “espinha dorsal” das unidades de atenção primária em saúde e das unidades pré-hospitalares, atendendo à maioria da população; estes também migraram durante as duas décadas anteriores ao fim do *apartheid* para a iniciativa privada (McINTYRE *et al*, 2009; VAN RENSBURG, 2012).

No contexto do início dos anos 1990, cerca de 80% dos dentistas e dos farmacêuticos estavam empregados na iniciativa privada e os serviços privados de saúde correspondiam a 50% dos gastos do Estado com saúde. Mesmo assim, os serviços privados continuavam inacessíveis para a maioria da população, sobretudo aos negros e aos *coloured*. Além de caros, os serviços privados de saúde geralmente eram ineficientes. Mesmo reconhecendo estes problemas, muitos sul-africanos utilizavam (e ainda utilizam) estes serviços, e quase a totalidade da população deseja possuir ou permanecer utilizando os serviços privados de saúde. Ainda que vivenciando uma crise econômica, social e política sem precedentes, nos anos que antecipavam o fim do *apartheid*, os *medical schemes* continuavam a ser os principais meios de financiamento dos serviços privados de saúde, cobrindo apenas 15% da população em 1990 e 18% em 1995. Os usuários dos planos privados de saúde eram, no começo dos anos 1990, majoritariamente, pertencentes aos grupos de maior renda, brancos e/ou trabalhadores formais (VAN RENSBURG, 2012).

Entre 1990 e 1995 foi observado 50% de crescimento entre os usuários negros dos seguros privados de saúde. Este percentual cresceu de 23% e 24%, em 1990 e 1991, respectivamente, para

36% em 1995. O movimento sindical negro, tão ativo durante as ações coletivas de confronto contra o *apartheid* promoveu, desde o período de dismantelamento do regime de segregação, a cobertura dos planos privados de saúde para os trabalhadores formais negros. No mesmo cenário, os seguros privados de saúde, os esquemas privados de aposentadoria e outros serviços intensamente mercantilizados pelas reformas empreendidas pelo Partido Nacional, consideravam os trabalhadores negros formais, que crescentemente acessavam melhores posições de renda e *status*, como consumidores em potencial para os seguros e serviços privados de saúde (PATEL, 2013; VAN RENSBURG, 2012). Também é notável a falta de mobilização dos movimentos de libertação em torno da pauta da saúde e dos serviços de bem-estar social (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015). A percepção entre os movimentos sociais e organizações progressistas da sociedade civil era de que a passagem para a democracia racial automaticamente levaria à socialização do bem-estar social, conforme representado na *Freedom Charter*, prestando-se pouca ou nenhuma atenção aos planos da finança para o futuro do sistema de bem-estar social sul-africano.

Segundo Grace Davie (2015), Sampie Terreblanche (2005) e Allister Sparks (1996), a falta de uma massa crítica em relação à “revolução negociada” conduzida pelas despreparadas elites políticas do ANC em acordo com os representantes do MEC, criaram a margem de manobra necessária para conseguir uma transição que garantisse a restauração capitalista neoliberal no país de forma ortodoxa e orientada às necessidades de financeirização da economia e austeridade social. Para isso, bastou garantir o transformismo na consciência de classe dos líderes do ANC, a cooptação dos líderes do COSATU e a intimidação do SACP. Além do seu trabalho sobre as possíveis forças de revolução ou de reformas de base, a coalizão entre capital e líderes do ANC também deu substanciais garantias de que os privilégios de classe, acentuadamente usufruídos pelos brancos, seriam preservados.

Entre estes privilégios estava o usufruto dos seguros privados de saúde que, entre os brancos, em 1995, tinham uma cobertura de 78%, enquanto que a cobertura nacional era de apenas 18% e na província mais rica, Gauteng, era de pouco mais de 40% (SODERLAND; SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998). Historicamente, os seguros de saúde eram relacionados à condição de trabalhador branco empregado, e as empresas financiavam a maior parte do valor dos seguros

para os trabalhadores e aposentados brancos. Como os planos de saúde eram por lei considerados como organizações não lucrativas, as políticas de imposto progressivo entre os brancos e o pesado pagamento de impostos dos negros que viviam nas *townships* e nas *homelands*, assim como, os tributos superiores cobrados aos brancos mais ricos garantiam o co-financiamento dos seguros de saúde para os trabalhadores brancos mais pobres, para os idosos, os aposentados e para os brancos considerados inaptos ao trabalho. Portanto, cidadãos que viviam com doenças crônicas, incapacitantes ou em constante quadro de hospitalização. A desregulamentação estatal sobre os seguros de saúde, uma das exigências das seguradoras de saúde, entre os anos de 1989 e 1994, enfraqueceu esta política de co-financiamento que favorecia os trabalhadores brancos pobres ou que viviam com doenças incapacitantes para o trabalho.

A desregulamentação resultou na expansão de esquemas mais tradicionais de seguros de saúde com base no tipo de emprego e na idade dos clientes, tornando os seguros mais baratos para os trabalhadores jovens, da mesma forma que poupava a cobrança crescente de impostos aos mais ricos. Sem surpresas, os valores dos planos de saúde para as faixas etárias mais velhas e para as pessoas que viviam com doenças crônicas ou incapacitantes cresceram significativamente. A quantidade de clientes jovens dos seguros privados de saúde cresceu com base na classificação de risco dos fundos de oferta comercial, com o conseqüente aumento dos preços e restrição de cobertura aos idosos e pessoas com doenças crônicas ou condições incapacitantes pré-existentes. A revisão do Ato Nacional sobre os Seguros de Saúde, prevista para o contexto da redemocratização, com a implantação do *National Health Insurance* (NHI), era tida como uma alternativa para controlar estas desigualdades de acesso, cobertura e integralidade da atenção à saúde ocasionadas pelo crescente e pouco regulado mercado privado de serviços de saúde. O NHI, que era esperado para ampliar a cobertura dos provedores privados por meio de uma maior regulação sobre estas organizações, do controle dos preços dos planos de saúde, do co-pagamentos de tarifas em hospitais públicos e por meio da reorientação dos planos de saúde para uma perspectiva de saúde centrada na atenção primária e na promoção da saúde coletiva, ainda atravessa uma lenta implementação, marcada pela resistência de grupos de usuários dos seguros privados, do principal partido de oposição, o DA e de organizações que representam os *medical schemes*. De

acordo com a proposta de reforma da saúde elaborada pelo ANC após o fim do *apartheid*, o NHI seria uma forma de ampliar a coordenação do Sistema Nacional de Saúde, organizando também os provedores privados dentro do sistema único, reduzindo a tendência dos seguros privados de saúde, observada desde 1989, de selecionar ou praticar preços extremamente abusivos sobre os indivíduos e grupos que vivem com doenças de maior complexidade e ou com maior risco de adoecimento.

Como foi dito, desde o contexto de transição à democracia e desmantelamento do *apartheid*, os preços dos planos privados de saúde têm experimentado um aumento considerável, bem acima dos índices da inflação média do preço ao consumidor. O aumento acentuado do valor das mensalidades ocorre principalmente pelo alto preço dos serviços privados de saúde, sobretudo em procedimentos que geralmente não são quadros de urgências e emergências, como amiglectomias, timpanostomia e substituição de quadril em casos de artrite avançada. Até recentemente, os planos de saúde tinham pouco interesse no tipo de intervenção ou procedimentos que os médicos realizavam, ou no preço destes serviços, simplesmente reembolsando todas as taxas cobradas. Como consequência dessa tendência contínua de crescimento dos preços, os empregadores têm reagido de forma punitiva sobre o trabalhador. Desta forma, as empresas, sobretudo as de médio e pequeno porte, simplesmente preferiram abrir mão de ofertar seguros privados de saúde ou ofertam categorias de plano com cobertura e benefícios bastante limitada. Os pacotes restritos de serviços de saúde encontraram sua expansão acentuadamente entre os trabalhadores negros e entre os trabalhadores brancos mais pobres (SODERLAND; SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998; VAN RENSBURG, 2012; RISPEL & MOORMAN, 2013). Esta tendência de expansão de planos de cobertura básica entre trabalhadores formais de posições subalternas continua presente nas duas décadas de democracia racial (DENNILL, 2014).

É necessário pontuar que nem todo o financiamento privado de serviços de saúde na África do Sul do período final do *apartheid* e dos anos de democracia burguesa são procedentes dos planos de saúde. Desde o fim das barreiras de cor nas unidades de saúde, uma proporção crescente da despesa de pagamento direto, dos pacientes para unidades de saúde, é oriunda de serviços privados de saúde localizados em comunidades pobres, como *townships* e *flats* e no território dos antigos

bantustões. Ilustrativo da centralidade do mercado na oferta de serviços de saúde desde antes do contexto da transição tutelada pelo mercado, até entre as frações mais pauperizadas da classe trabalhadora sul-africana, é que os gastos com serviços de saúde mais do que dobraram entre famílias negras, na primeira metade da década de 1990. No mesmo período, quando são considerados os trabalhadores de renda mais baixa, menos de um quinto das consultas médicas na rede privadas eram pagas por seguros privados de saúde (VAN RENSBURG & ENGLEBRECHT, 2012).

Com o fim da barreira de cor nas unidades de saúde, os serviços de saúde prestados pelo setor privado com fins lucrativos foram expandidos, além disso, a diminuição da demanda estatal por responsabilidade empresarial na oferta de cuidados de saúde também diminuiu os serviços de assistência em saúde ofertados no ambiente de trabalho. No sentido inverso, o fim do “racismo de Estado” e a reconquista da cidadania sul-africana por parte dos trabalhadores negros também ocasionou o retorno dos repasses financeiros do Estado às numerosas e, majoritariamente, pequenas instituições filantrópicas do setor saúde. Estas são parcial ou totalmente financiadas pelo Estado e oferecem serviços ao sistema público.

Na primeira metade da década de 1990, os serviços hospitalares privados com finalidade lucrativa ainda se concentravam nas áreas urbanas e majoritariamente ocupadas por brancos e se expandiram rapidamente entre 1988 e 1998, recebendo parcelas significativas dos antigos usuários dos hospitais públicos e a nova classe média negra. As unidades hospitalares públicas, que passavam por um período de subfinanciamento crônico e de fuga de força de trabalho para a iniciativa privada e para outros países, foram as mais significativamente impactadas pelas políticas de austeridade fiscal que condicionaram a passagem à democracia. Enquanto isso, os hospitais privados em expansão que recebiam antigos profissionais e usuários dos hospitais públicos, vivenciaram uma significativa expansão.

Desde o início da organização em nível nacional dos serviços de saúde, os médicos que trabalham nos hospitais privados de orientação mercantil geralmente não são contratados por estes hospitais, mas trabalham dentro destas unidades por contratos de filiação relativamente flexíveis.

Isto ainda dificulta a regulação das práticas do trabalho médico por parte das unidades de saúde, especialmente as tentativas de romper com o paradigma biomédico nas práticas de atenção à saúde.

O setor privado mercantil de saúde concentra a maioria dos médicos, estes em média são mais experientes e qualificados do que os seus pares profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde. É curioso notar que considerando o período 1990 até 1995, a proporção de médicos trabalhando no nicho mercantil da provisão de serviços de saúde não era maior nas áreas ricas ou nas áreas urbanas. Isto evidencia que mesmo em áreas mais pobres, a falta de serviços públicos de saúde adequados criou um amplo mercado para os serviços privados de saúde. Também foi observado que a renda média dos médicos que trabalhavam em áreas de classe média e em áreas periféricas não era muito diferente (SODERLAND, SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998). Dessa forma, é possível concluir que serviços de saúde privados drenam grande parte dos recursos financeiros dos setores mais pauperizados da classe trabalhadora.

Entre os mais pobres, em que a cobertura dos planos de saúde é inexistente ou restrita aos pacotes básicos, a compra destes serviços de saúde representa uma carga financeira considerável para as famílias, sobretudo às famílias negras e *coloured*, as mais impactadas pela queda na renda real entre o fim do *apartheid* e os primeiros anos da democracia (TERREBLANCHE, 2005; VAN RENSBURG, 2012; PATEL, 2013).

Como foi visto anteriormente, no início dos anos 1990 mesmo com a cobertura restrita a 18% da população, as unidades privadas de saúde concentravam 80% dos dentistas e farmacêuticos e cerca de um terço dos enfermeiros (DENNILL, 2014; SODERLAND; SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998).

Tanto a busca por melhores salários, como por melhores condições de trabalho despontavam entre os principais motivos que levavam profissionais de saúde de nível superior a deixar os serviços públicos de saúde pela iniciativa privada. Embora, não possa ser descartada da hipótese da tensão racial como um fator impulsionador desta migração da força de trabalho, já que grande parte destes profissionais de saúde de nível superior eram brancos, *coloured* e indianos e

foram majoritariamente socializados para temer ou desprezar a população negra, que começava a utilizar os serviços de saúde fora das reservas. Da mesma forma, as diretrizes raciais do *apartheid* e o sistema de educação bantu, lançada pelo *Bantu Education Act* Número 47, de 1953, também conhecido como *Black Education Act*, imposto aos negros, diminuiu as possibilidades de negros e negros acessarem as universidades, que também eram amplamente segregadas.

No mesmo período de intensa mercantilização dos serviços de saúde, por meio dos seguros e do pagamento direto às unidades e serviços de saúde que funcionavam nos ambientes de trabalho e consistiam basicamente em cuidados primários de saúde e de saúde ocupacional, localizados, sobretudo, em fábricas e hospitais de zonas de mineração, entre os anos de 1985 e 1995, foi observado que haviam mudado o seu enfoque, de medidas assistenciais às doenças de menor complexidade para medidas de promoção à saúde e de prevenção aos riscos no ambiente de trabalho. Além disso, foi observada uma crescente terceirização destes serviços por parte das empresas capitalistas. A cobertura destes serviços sempre foi baixa, com menos de uma clínica no ambiente de trabalho por cada grupo de 10.000 pessoas em idade economicamente ativa em todas as províncias, exceto Gauteng e Western Cape, que são as províncias com maior concentração industrial e de exploração mineral. Vale ressaltar que, mesmo nestes centros econômicos, as unidades de saúde localizadas no ambiente de trabalho diminuíram durante os anos de transição e na primeira metade da década de 1990, especialmente, por causa do declínio da indústria de mineração de ouro (SODERLAND; SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998; VAN RESBURG, 2012).

Outro fator que pode explicar a diminuição desta modalidade de serviço de saúde é a crescente substituição de mão-de-obra viva por tecnologias poupadoras de força de trabalho que se seguiu à crescente ação política da classe trabalhadora negra e dos movimentos pelo fim do *apartheid*, que paravam a exploração mineral e fabril, inviabilizando a extração de trabalho não pago. Por outro lado, esta era uma justificativa também utilizada pelos setores mais conservadores do Partido Nacional de diminuir a dependência sul-africana da força de trabalho da população negra, como havia sido idealizado por Hendrik Verwoerd, o idealizador do *apartheid*, desde os

primeiros anos do regime. O impacto dessa política de substituição do capital variável, força de trabalho vivo, por capital intensivo, maquinário, nas zonas de mineração ocasionou o encarecimento da produção na África do Sul e medidas de austeridade social sobre os trabalhadores restantes foram tomadas, a exemplo da introdução de seguros privados de saúde com cobertura bastante limitada e a terceirização/reorientação e redução dos serviços de saúde presentes no ambiente de trabalho.

Neste cenário de transição e de crescimento do preço dos procedimentos médicos e de transição epidemiológica, com o crescimento da expectativa de vida (ainda não tão impactada pela epidemia de Aids), da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis e de expansão da epidemia de HIV/Aids⁶⁸, a ênfase dos seguros e de praticamente todos os provedores privados de saúde foi a da chamada “gestão do cuidado em saúde”, *managed health care*, já bastante consolidada no início da década de 1990 entre os planos de saúde para controlar/racionalizar o uso de medicamentos, especialmente da medicação utilizada no tratamento de doenças crônicas e de maior complexidade. No entanto, outros aspectos desta “atenção gerenciada” se institucionalizaram bem menos, a exemplo dos provedores de acesso restrito e organizações de manutenção e reabilitação da saúde, que são hospitais e clínicas privadas que utilizam os seus próprios médicos. Estes ainda têm encontrado grande dificuldade em se difundir na África do Sul. Investimentos substanciais foram feitos na infraestrutura de “gestão do cuidado em saúde”, mas a sua capacidade de conter os custos crescentes se mostrou limitada.

A recente onda de fusões entre seguradoras de saúde, fabricantes de produtos farmacêuticos e grupos hospitalares resultou em um grupo significativamente menor de empresas que controlam a maior parte da indústria de serviços privados de saúde na África do Sul, apontando uma tendência à monopolização do mercado nas mãos de poucas empresas. Enquanto a maioria do mercado de seguros privados ainda fosse competitiva até o início da década de 1980, esta onda de fusões representava o risco real de alguns poucos grupos empresariais monopolizarem a oferta de serviços

⁶⁸ Sobre isso, ver o trabalho de Evandro Alves Barbosa Filho e Solange Rocha (2016).

privados, planos de saúde e medicamentos. A natureza da relação entre as diferentes empresas privadas de provisão de cuidados em saúde não era evidente ou mesmo problematizada no contexto da passagem para a democracia racial, em que os sul-africanos médios temiam o início de uma guerra civil, a perda dos postos de trabalho, que começou até mesmo a atingir os brancos com menor qualificação formal, assim como, a violência que passou a fazer parte do cotidiano do campo e das grandes cidades, deixando de ser uma exclusividade dos bantustões ou das *townships*, consolidando a África do Sul no grupo dos países mais violentos do mundo (TERREBLANCHE, 2005; PATEL, 2013). Diante desse contexto, até mesmo o Estado, em especial o Departamento Nacional de Saúde, havia prestado pouca atenção sobre a indústria de cuidados privados de saúde. O tamanho do complexo mercantil de saúde, os efeitos de atração sobre os usuários dos serviços públicos e as tendências de crescimento dos custos dos procedimentos médicos sugerem que os esforços regulatórios concentrados, notadamente em termos das políticas de financiamento, poderiam melhorar substancialmente a equidade e a eficiência dos cuidados em saúde em geral (DENNILL, 2014; SODERLAND; SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998; VAN RESBURG, 2012).

Dados os rigorosos compromissos e metas de gastos públicos como parte do GEAR, que reproduzia grande parte do conteúdo do NEM para a restrição do orçamento destinado às políticas sociais e de redução da intervenção direta do Estado na provisão direta de serviços sociais, vários estudos já apontavam a contínua e crescente migração dos usuários dos serviços públicos para os seguros e provedores privados, na medida em que os planos privados com limitada cobertura se tornavam mais difundidos e que os serviços públicos de saúde eram precarizados pela política de subfinanciamento e de focalização dos gastos sociais entre os indivíduos que viviam em pobreza abjeta.

Nesta situação, profundamente mais favorável ao livre mercado no campo da saúde e da tendência de criação de monopólios de serviços médicos, a regulação se configurou como uma das ferramentas mais importantes para a implementação da política nacional de saúde, bem mais importante do que a prestação direta de serviços por parte do Estado. Já que, além da abertura às

forças do mercado, a África do Sul do final dos anos 1980 já havia aderido a todo o discurso “estatofóbico” neoliberal sobre a chamada crise do Estado providência, que está posto na superfície da matriz discursiva e das formações ideológicas neoliberais. Dessa forma, defendendo a eficiência das organizações do mercado em todas as esferas da vida social e que o mercado era o regulador social ideal (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; FEINSTEIN, 2005; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012).

A análise do caso das políticas de saúde na África do Sul no contexto da transição à democracia e da crença do MEC e do ANC de que o livre mercado criaria por meio da mística mão invisível do mercado os meios para superar a dívida social do *apartheid* pode e deve ser criticada não só por marxistas, pós-estruturalistas e feministas, mas também por intelectuais ordoneoliberais, já que o caso sul-africano deixa claro o que ocorre quando o Estado neoliberal se retira da sua função de garantir ordem econômica e social.

Mesmo com a negação da agenda de transformação estrutural que poderia criar novas políticas econômicas e sociais mais favoráveis ao trabalho e aos serviços públicos de saúde, por meio da redistribuição de riqueza e da criação de um Estado de bem-estar social, em maio de 1991, 13 anos depois da Conferência de Alma-Ata e cinco anos antes do início da implantação do GEAR, a intenção do Governo Sul-africano, nos últimos anos do *apartheid*, de promover a universalização da atenção primária em saúde para todos os sul-africanos, independente do grupo racial, ficou clara no *National Service Delivery Plan*. Nesta altura, a hegemonia neoliberal na elaboração da política econômica estava clara, mas a maioria da população ignorava o impacto das mesmas sobre os serviços de saúde. Existia, na verdade, um clima de euforia, pois pela primeira vez a política de saúde desracializava a estrutura dos serviços públicos de saúde. O *National Service Delivery Plan* defendia que um serviço nacional de saúde, amplo e acessível deveria ser desenvolvido, de acordo com as prioridades identificadas pelas próprias comunidades atendidas pelas unidades de saúde. Além da desracialização, o novo plano objetivava democratizar a gestão da política de saúde. Esta última também era uma importante ruptura, tendo em vista a profunda centralização do poder político e autoritarismo do Partido Nacional sobre todas as etapas das políticas sociais durante as três primeiras décadas do *apartheid*.

QUADRO 3: RECOMENDAÇÕES DO NATIONAL SERVICE DELIVERY PLAN PARA O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

1. A reorganização dos serviços de saúde em nível regional e local, tendo as autoridades locais a função de executar e gerir a maior parte dos serviços de atenção primária;
2. Os serviços de saúde deveriam ser democratizados e a participação social da comunidade nas unidades de saúde deveria ser promovida;
3. O direito de acesso e utilização dos hospitais públicos por todos os grupos raciais do país;
4. O treinamento dos profissionais de saúde para uma abordagem centrada nas comunidades.
5. A organização orçamentária do país para a saúde, amplamente concentrada nos hospitais e serviços de média e alta complexidade, deveria ser reformulada no intuito de disponibilizar mais recursos para as unidades de atenção primária em saúde;
6. Os serviços de saúde deveriam se orientar para a busca e manutenção da saúde, não apenas para prestar assistência aos enfermos, reduzindo os riscos de adoecimento e morte mais comuns entre os sul-africanos de todas as raças e grupos sociais;
7. Reverter os efeitos nefastos do <i>apartheid</i> sobre a saúde dos sul-africanos;
8. Reconhecer e garantir a saúde como um direito humano.

Fonte: análise documental do *National Service Delivery Plan*.

No sentido de materializar o Plano, várias políticas e programas de saúde foram desenvolvidos e implementaram a perspectiva da atenção primária em saúde, e, como aponta Kathleen Dennil (2014), alguns progressos foram alcançados no processo de materialização destes objetivos na reorganização das unidades e nos processos de trabalho em saúde na África do Sul. A autora também aponta a escassez de dados sobre os serviços de saúde no país no período da transição à democracia como um dos maiores obstáculos para avanços mais expressivos, especialmente nas áreas rurais e nos territórios dos antigos bantustões. Esta deficiência de informações tornou mais difícil a identificação das necessidades sociais em saúde das comunidades, o que teve um expressivo impacto no processo de planejamento em saúde, tornando muitos serviços ineficientes e pouco resolutivos.

Mesmo com sérias dificuldades frente à herança sanitária do *apartheid*, a partir do Plano mais recursos foram destinados para os serviços de saúde comunitários, orientados pela perspectiva da atenção primária. Além disso, novos centros comunitários de saúde foram construídos, especialmente nas áreas rurais, sistematicamente ignoradas pelo sistema de bem-estar social racializado do *apartheid*. Mas, diante das restrições financeiras e do nível das iniquidades sociais em saúde da África do Sul, depois de 342 anos de segregação, exploração e destituição da cidadania dos sul-africanos nativos e dos que não seguiam os padrões de branquitude estabelecidos pelos consecutivos sistemas e governos racistas, as ações decorrentes da nova Política Nacional de Saúde não conseguiram nem ao menos aliviar as necessidades básicas em saúde dos sul-africanos. Sobretudo, da maioria negra, que, diante da crise econômica e social, vinha se tornando cada vez mais pauperizada (BOND, 2014; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

Segundo Dennill (2014), a legislação restritiva do *apartheid* para a política e serviços de saúde, que impôs serviços e programas de saúde separados para os diferentes grupos raciais, em todas as etapas da política de saúde, da formulação até a execução e avaliação, passando pela formação da força de trabalho, levará muitos anos para deixar de ser um obstáculo à reforma necessária ao sistema nacional de saúde e à prestação final de serviços aos usuários. O fragmentado sistema nacional de saúde criado desde o período da União Sul-Africana (1910-1948) e aprofundado pelos consecutivos governos do Partido Nacional desde 1948, que criou 15 diferentes Departamentos de Saúde, era caro, disfuncional e tinha a sua continuidade completamente inviável em uma democracia racial. Dennil também aponta que levará décadas para reestruturar a saúde na África do Sul dentro dos marcos de um sistema universal, democrático e baseado nos princípios da atenção primária em saúde.

Esta herança do desenvolvimento em separado e as políticas neoliberais, que tutelaram a transição à democracia, tal qual, a hegemonia da ideologia neoliberal entre os antigos sujeitos políticos das esquerdas, como o ANC e o COSATU, deslegitimaram os projetos de “transformação radical” e de “revolução democrática”, que antes surgiam como formações discursivas e ideológicas sobre o plano de mudanças estruturais na socialização da riqueza e do poder político na África do Sul democrática, especialmente no discurso político das esquerdas, ainda concentradas

nos movimentos anti-*apartheid*. Estas formações discursivas foram, no contexto da transição, transformadas na asséptica e polissêmica fórmula discursiva: “transformação”, sem deixar bem definida ou mesmo evidente aos sul-africanos das classes trabalhadoras qual seria a direção social dessa transformação. Embora os seus formuladores, pertencentes às elites políticas do Partido Nacional e do ANC, e na coalizão destes partidos com os representantes do grande capital tivessem plena consciência das expectativas sociais em torno das transformações necessárias, os arranjos políticos em torno do novo Estado democrático criaram todo tipo de entrave institucional e constitucional para uma transformação estrutural na democratização do poder econômico e para um Estado que garantisse a proteção contínua dos direitos dos trabalhadores, sobretudo, dos trabalhadores menos especializados (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; GUMEDE, 2015; TERREBLANCHE, 2005).

Analisando o sistema democrático que tomou forma na África do Sul com a coalizão entre capital branco e elites políticas negras, a partir do trabalho de Ellen Wood (2006), é possível afirmar que falta muita substância democrática na África do Sul Pós-*apartheid*. Pois, nem a socialização do poder político e nem a socialização da riqueza socialmente produzida foram resultantes desse processo de passagem à democracia.

Da mesma forma que são grandes os entraves à necessária reforma estrutural para diminuir a extensão e a intensidade das principais refrações da questão social, os chamados *PUI Problems*, as dificuldades para concretizar os objetivos de atingir os mais altos níveis de saúde para o sul-africanos de todas as classes e etnias parecem distante. Se por um lado era esperado que o Sistema Nacional de Saúde da África do Sul democrática ofertasse serviços acessíveis, eficientes, efetivos e equânimes a todos os sul-africanos, as decisões políticas e as diretrizes econômicas criavam uma realidade em que mesmo os ineficientes e caros serviços privados de saúde teriam grande dificuldade em se expandir, tendo em vista a crescente pauperização e depreciação dos salários das classes trabalhadoras.

A redemocratização do país em 1994, com a realização das primeiras eleições gerais para presidente, sinalizou novas esperanças entre os setores progressistas da classe trabalhadora sul-

africana em torno da reforma da saúde e das expectativas presentes na *Freedom Charter* (1955), de que o fim do sistema de exploração da força de trabalho negra poderia resultar na socialização da riqueza e do bem-estar social, que por séculos foram privilégios reservados aos brancos, especialmente aos homens brancos. Como evidencia a Carta Manifesto de uma África do Sul Livre e Democrática, o principal documento político e ideológico do ANC enquanto este ainda era um movimento pela libertação nacional, um sistema de saúde com enfoque preventivo e provido pelo Estado é um sonho antigo dos sul-africanos envolvidos na luta pelo fim do *apartheid*.

THERE SHALL BE HOUSES, SECURITY AND COMFORT!

All people shall have the right to live where they choose, to be decently housed, and to bring up their families in comfort and security; Unused housing space shall be made available to the people; Rent and prices shall be lowered, food plentiful and no one shall go hungry; *A preventive health scheme shall be run by the state; Free medical care and hospitalization shall be provided for all, with special care for mothers and young children*; Slums shall be demolished, and new suburbs built where all have transport, roads, lighting, playing fields, creches and social centres; The aged, the orphans, the disabled and the sick shall be cared for by the state; Rest, leisure and recreation shall be the right of all; Fenced locations and ghettos shall be abolished and laws which break up families shall be repealed (FREEDOM CHARTER, 1955, p. 1, grifos nossos).

Como se vê, a utopia que mobilizou os movimentos pelo fim do *apartheid* por quase um século, por um Estado orientado às necessidades sociais das maioria, não as maiorias raciais, mas as maiorias que produziam a vasta riqueza sul-africana com o seu trabalho e sem distinção racial, foi invalidada por antigas lideranças que passaram por um processo de transformação ideológica e de lugar nas relações de produção, passando de classes e grupos subalternos, para a condição de integrados às elites econômicas daquela que foi a maior potência econômica da África durante o século XX e primeira década do século XXI. O preço a ser pago por esse amoldamento na consciência de classe foi/é e será pago pelas mesmas classes e grupos que tinham esperança que estes sujeitos representassem as mudanças esperadas.

As expectativas das classes populares em torno da saúde e do bem-estar social não eram menores do que aquelas voltadas à conquista de direitos civis e políticos e passavam pela desmercantilização e universalização dos serviços de saúde para todas e todos sul-africanos, como

fica claro na *Freedom Charter*. Este e outros documentos do ANC, elaborados antes deste chegar ao poder, mostram que o discurso político do movimento de libertação, embora não fosse comunista, está orientado à desmercantilização das necessidades sociais das classes trabalhadoras e à socialização da riqueza, por meio da criação de um Estado democraticamente governado e distribuidor de bens e serviços sociais.

Mas, como um Estado burguês, mesmo o mais neoliberal, como o que foi materializado na África do Sul Pós-*apartheid* não pode se retirar do seu papel de reprodução da força de trabalho, sobretudo em um país com um dos piores quadros sanitários do mundo; que enfrenta a maior carga de adoecimento relacionados ao HIV/Aids e apresenta a pior situação de saúde entre os países de desenvolvimento intermediário, dentro do grupo dos BRICS (o país só supera a Índia nos indicadores básicos de saúde). Neste quadro de crise sanitária, mesmo os neoliberais governos do ANC tiveram que desenvolver políticas e programas que ampliassem as respostas à desafiadora dinâmica de adoecimentos e mortes em uma África do Sul democrática, mas que ainda carregava as iniquidades sociais do *apartheid* e que agora enfrentava as implicações de consecutivos governos de orientação neoliberal.

4.2 A ESTRUTURA DO ESTADO E AS FUNÇÕES DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GOVERNO NA ÁFRICA DO SUL DEMOCRÁTICA: O LUGAR DA SAÚDE PÚBLICA E OS LIMITES ESTRUTURAIIS

Desde abril de 1994, quando o primeiro governo nacional eleito após uma eleição geral chegou ao poder, pondo fim a quase três séculos e meio de monopólio branco sobre o poder político-institucional dos organismos do Estado e sobre praticamente a totalidade do capital, a África do Sul Pós-*apartheid* vem passando por profundas transformações sociais, econômicas e políticas. Nesse contexto de democracia racial e de fim do sistema de segregação racial organizado pelos Estado, os serviços e programas de saúde vêm sendo reestruturados com o objetivo de atingir equidade no acesso aos serviços e integralidade do cuidado para todos os sul-africanos e sul-africanas, a partir de uma abordagem centrada na Atenção Primária em Saúde (APS) e na universalização de serviços básicos estatais, na manutenção dos provedores e seguros privados de saúde e na conformação de parcerias público-privadas.

Como foi visto anteriormente, os governos do *apartheid* e da União Sul-africana reproduziram e aprofundaram a segregação racial iniciada com o colonialismo holandês e britânico. O que se expressou de maneira mais intensa e complexa do que uma simples construção discursiva sobre a hierarquia entre as raças, em que os brancos estariam no auge do desenvolvimento humano e os negros seriam “formas primitivas de humanos” ou mesmo seres mais próximos aos animais selvagens do que à humanidade, como defendiam os bôeres ao exterminar os povos caçadores-coletores khoi-khoi e escravizar as demais nações nativas (ARENDR, 2012; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005).

Esta ideologia “pigmentocrática” foi instrumentalizada na superestrutura política, jurídica e ideológica para destituir os negros de terras, educação, cidadania, tornando “raça inferior” aquela que viveria da venda da força de trabalho pelos mais baixos salários e aquela que seria o exército industrial de reserva. Enquanto na outra ponta da infraestrutura econômica, justificava a transferência da propriedade dos meios de produção, o poder político e as melhores posições no mundo do trabalho aos brancos, mesmo que estes não fossem devidamente capacitados para tal e

representassem uma força de trabalho cara e pouco competitiva dentro das relações capitalistas de produção.

Dessa forma, na outra extremidade de um projeto civilizatório, sustentado pela intensa exploração da força de trabalho negra não-livre, existia o projeto de empoderamento econômico e de status da classe trabalhadora branca e da elite política africâner superando, dessa forma, o que era considerado nos discursos político e científico, o principal problema social da África do Sul do final dos séculos XIX e começo do século XX, a existência de trabalhadores brancos pobres, sobretudo africâneres (DAVIE, 2015; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005). Problema este que determinou a origem do Serviço Social na África do Sul ainda em 1924, fortemente atrelado à ideologia da fraternidade africâner, a *afrikaner bond* ou *Afrikaner Broederbond* (PATEL, 2013; SMITH, 2014) de solucionar as implicações da lei geral de acumulação de capital sobre a classe trabalhadora branca por meio de submissão dos trabalhadores negros, independente da formação ou experiência dos mesmos, a níveis extremos de exploração e de altos níveis de extração de mais-valia relativa e absoluta.

Então, no caso da África do Sul anterior à democracia, o discurso político sobre raça, mistificado a partir de discursos religiosos como o da Igreja Luterana Holandesa e do cientificismo do darwinismo social e das teorias de eugenia, sempre repousou sobre determinações econômicas. Essa fundamentação econômica do *apartheid* justifica a sobrevivência e o enrijecimento do sistema de exploração do trabalho baseado na raça, mesmo em um contexto em que o racismo científico entrou em declínio e que em todo mundo, as classes trabalhadoras de todos os grupos étnicos lograram, pelo menos no nível formal, os mesmos direitos civis, políticos e sociais de cidadania. Como apontam Michel Wieviorka (2007), Sampie Terreblanche (2005) e Deborah Posel (2012), mesmo com práticas de segregação superficialmente tão parecidas, a África do Sul do *apartheid* e o seu arquipélago de Estados satélite como a atual Namíbia e Botswana não tinham por objetivo exterminar os negros, principais elementos de “risco” à nação branca, segundo o discurso político do Partido Nacional, como desejavam os seus pares de ideologias supremacistas da Alemanha nazista em relação aos judeus. O objetivo do grupo dominante dentro do Partido Nacional e do

próprio idealizador do sistema do *apartheid* era a subalternização destes povos segundo às necessidades dos brancos pertencentes ao “país europeu na África”. Em termos comparativos, o destino idealizado para os negros pelo Partido Nacional era semelhante ao imaginado pelos nazistas aos povos eslavos na Europa ocupada: exploração da força de trabalho, destituição e espoliação econômica e política e empoderamento das frações brancas, categorizadas como arianas, existentes dentro de cada um dos países ocupados.

Esta sistemática de espoliação é observada desde a instrumentalização da ideia de “raça superior branca” no discurso político da destituição das terras e dos rebanhos dos nativos sul-africanos na região do Cabo da Boa Esperança, no século XVII, até o seu uso para, semelhante ao que ocorreu na Europa dos “cercamento das terras”, tornar a venda da força de trabalho por preços irrisórios a única alternativa de sobrevivência de no mínimo 60% da população, que correspondia aos sul-africanos negros no fim do século XIX e começo do Século XX - por valores inferiores aos dos trabalhadores na mesma posição em todo o mundo capitalista industrializado e em desenvolvimento e sem os direitos políticos, sociais e civis que acompanharam a classe trabalhadora ao longo do século passado (DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005), mesmo considerando as limitações estruturais à emancipação política nos países de capitalismo periférico.

A significativa extração de mais valia absoluta foi combinada à de mais-valia relativa, no momento em que o *apartheid* se tornou o regime de Estado sul-africano. Aprofundando o investimento em capital intensivo e no aperfeiçoamento dos meios de produção, mais do que diminuir o peso do fator trabalho na produção capitalista em que a classe trabalhadora, majoritariamente negra, estava cada vez mais agindo enquanto “classe para si”, a proposta era diminuir a dependência da África do Sul do *apartheid* da força de trabalho negra. Algo tão estúpido quanto impossível, e que ocasionou uma crise econômica profunda no país desde a década de 1970, combinada às implicações da crise do capitalismo global e à intensificação das sanções econômicas e políticas ao capitalismo racial do *apartheid*, atribuindo uma natureza acentuadamente racial ao capitalismo do país que durante todo o século XX dominou o intercâmbio econômico e político na

África Austral. A redução da presença de trabalhadores negros no território determinado como área europeia, cerca de 87% do país, fazia parte do projeto de sociedade do Partido Nacional de tornar a África do Sul um país imperialista europeu dentro do continente africano (BUTLER, 2012; PATEL, 2013).

O sistema do *apartheid*, vigente até 1994, paralelamente à segregação das oportunidades, em que o capital, a propriedade da terra e dos meios de produção, o poder político do Estado, a educação e os direitos de cidadania e de livre iniciativa eram privilégio da minoria branca, também promoveu um *apartheid* sanitário, que se perpetua nas formas como os diferentes grupos raciais vivem, adoecem e morrem, mesmo passados 21 anos do fim da autocracia racista.

O principal discurso (e instrumento) político da África do Sul democrática para superar toda esta herança negativa do *apartheid* é o da Constituição Nacional de 1996 (DENNILL, 2014; RISPEL & MOORMAN, 2013). O cenário pós 1994 foi o de formação de uma Assembleia Constituinte, formada por todos os partidos políticos e de um amplo processo de consulta nacional, que resultou na elaboração da Constituição da República da África do Sul, *The Constitution of South Africa* (Act 108 of 1996). A Constituição, em suas bases, reconhece a cidadania comum de todos os sul-africanos, o sufrágio universal de todos os homens e mulheres adultos, uma democracia pluripartidária, a liberdade de imprensa e a revisão judicial das ações do governo e da legislação existente, para garantir que o governo atue dentro dos princípios da Constituição e da sua Carta de Direitos. Esta Carta de Direitos Constitucionais garante direitos civis e políticos, direitos culturais e linguísticos, o direito à seguridade social, direitos das crianças e adolescentes e os direitos econômicos de todos os cidadãos.

A Constituição Nacional de 1996 seguiu as orientações e tendências internacionais dos instrumentos de manutenção dos direitos humanos, que fundamentavam grande parte dos movimentos de oposição ao *apartheid* por uma sociedade democrática, justa e comprometida com os direitos humanos. Algumas das matrizes discursivas que fundamentam a Constituição Sul-africana e que se cristalizam neste importante documento são: A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), A Convenção Europeia sobre Direitos Humanos (1950), A Convenção da

UNESCO Contra a Discriminação na Educação (1960), A Convenção da ONU sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial Contra as Mulheres (1979), A Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos (1981); A Convenção Sobre os Direitos das Crianças (1989) e a Declaração Mundial das Nações Unidas sobre Educação Para Todos (1990). Além de se fundamentar nestes importantes documentos globais sobre direitos individuais e coletivos, o processo de finalização da Constituição Sul-africana ainda incluiu a criação de uma Corte Constitucional, com a finalidade de proteger e interpretar a Constituição e realizar todo o trabalho de revisão judicial. Além da Corte Constitucional, outras instituições independentes foram criadas para assegurar e promover os direitos humanos e a equidade de gênero. Uma Comissão Eleitoral Independente também foi criada para garantir a transparência dos processos eleitorais (PATEL, 2013).

A Constituição da África do Sul Pós-*apartheid* também expressa a intenção de superar o modelo de autocracia unitária, promovido pelos sistemas de segregação de classe e raça que a antecederam, por meio da implantação e consolidação de uma estrutura de governo federativa e democrática. Neste sentido, a Lei Magna, em sua 6º seção, estabelece as áreas e os serviços que são de responsabilidade total ou parcial do governo. Já a 4ª Seção da Constituição demarca a simultânea responsabilidade entre governo nacional e os governos provinciais na oferta de serviços sociais como saúde, educação, bem-estar social.

O Ato Nacional Número 108 de 1996, portanto, foi criado no intuito de ofertar para todos os sul-africanos, sem discriminação racial, toda uma série de direitos que antes estavam restritos à minoria branca. Ele defende que todas as leis e políticas públicas devem se orientar por uma perspectiva de cidadania dentro dos marcos e limites do Estado burguês neoliberal. Fica claro, se comparada às radicais constituições nacionais elaboradas pelos movimentos de libertação nacional de outros países da África Subsaariana, que a Lei Magna da África do Sul foi elaborada segundo uma perspectiva jurídica e política nos marcos da democracia liberal, em que aspectos dos direitos difusos como o casamento igualitário entre pessoas do mesmo sexo e os direitos sexuais e reprodutivos, como o direito ao aborto, representam avanços muito mais significativos do que o

que se observa nos padrões adotados pelo Estado na intervenção sobre as principais refrações da questão social e das assimetrias de poder no país: pobreza, desemprego e iniquidades sociais, especialmente entre os brancos e negros e entre homens e mulheres. Essa leitura sobre a Constituição de 1996 também é compartilhada por Grace Davie (2015), para quem a Constituição da Nova África do Sul, embora avançada nos aspectos civis e políticos, ignora a pobreza estrutural que marca a história do país, tornando as relações democráticas uma ficção para a maioria dos sul-africanos negros, submetidos ao desemprego, ao subemprego e a pobreza extrema.

No campo da saúde, a mais importante contribuição da Constituição é que agora todos são iguais no acesso e tratamento nos serviços de saúde, resultando na equidade no sistema de saúde como um princípio e afirmando o fim da segregação racial nas unidades e políticas de saúde de todo o país. Além disso, se firma a obrigação do Estado, independente do grupo político no poder, de promover progressivamente o bem-estar social, incluindo-se os serviços de saúde.

A Constituição está dividida em duas seções. Enquanto que na primeira seção, composta por 14 capítulos, a Carta Constitucional aborda especificamente os direitos individuais e as estruturas de funcionamento do governo, na segunda seção são detalhadas as listas de matérias referidas pela Constituição.

Os direitos individuais, contidos na Carta de Direitos, são os elementos fundantes da democracia na África do Sul. Eles assinalam os direitos de todas as sul-africanas e sul-africanos e afirmam os valores fundamentais da democracia no país: a dignidade humana, a igualdade e a liberdade. Os direitos dos indivíduos são discutidos no capítulo 2 da Constituição, seções 7 a 33.

A seção 27 aborda especificamente os direitos à saúde, alimentação, seguridade social, água e moradia. Esta seção defende que todos têm o direito de acessar:

- Serviços de saúde, incluindo serviços de saúde reprodutiva;
- Suprimentos necessários de comida e água;

- Seguridade social, incluindo, em caso de os cidadãos não poderem prover a si mesmo e suas famílias, serviços de assistência social apropriados;
- Tratamento médico gratuito em caso de emergências.

Segundo a Lei Magna da República da África do Sul, para materializar a progressiva realização de cada um desses direitos, o Estado Sul-africano deve implementar a legislação necessária, as políticas públicas e outras medidas imprescindíveis. Considerando os limites impostos pelos recursos disponíveis, aqui vale lembrar das severas restrições fiscais do GEAR para as políticas de bem-estar social. Este programa de contrarreforma simplesmente institucionalizou toda a agenda de reformas neoliberais pensadas desde a transição à democracia, como o NEM e o “cenário do flamingo”⁶⁹ de abertura econômica, privatização, desregulação estatal e flexibilização da força de trabalho.

Essas medidas políticas de constante submissão das políticas sociais à existência de recursos disponíveis desvinculados de cotas ou do crescimento do PIB, classificada no processo da Constituinte como essencial para garantir a saúde fiscal do Estado, atendia antes de tudo à necessidade dos principais setores do capital do e no país, como o MEC, de garantir que os recursos do Estado não fossem canalizados para as medidas de socialização da riqueza, almejados pelos setores mais combativos e progressistas dos movimentos de libertação nacional. Nos cenários

⁶⁹ O “Cenário do Flamingo” foi uma das projeções econômicas realizadas por economistas neoliberais durante a transição à democracia. Ele foi apresentado às lideranças do ANC, entre 1992 e 1993, como resultante da adesão ao neoliberalismo e às políticas fiscais restritivas, que fariam a África do Sul ser resistente a ambientes hostis, assim como é o flamingo. Para os economistas neoliberais, os sacrifícios impostos aos mais pobres seriam posteriormente compensados pelo crescimento sustentável e contínuo da economia. Junto com o chamado cenário do flamingo, os economistas neoliberais apresentaram uma projeção que deslegitimava as medidas redistributivas, tradicionalmente propostas pelo ANC: o “Cenário de Ícaro”. Baseado no mito grego sobre o voo de Ícaro, que de tão alto fez com o que o Sol derretesse suas asas, os economistas neoliberais defenderam que os altos investimentos em bem-estar social, na tributação das grandes fortunas e esquemas de tributação progressiva, poderiam até elevar rapidamente a qualidade de vida dos sul-africanos, mas, logo, levariam à retirada de investimentos e capitais no país, ocasionariam inflação e aumento das taxas de juro. Sendo, portanto, um voo alto demais para o Estado sul-africano. Como se vê, os dois cenários são formas de legitimação discursiva do neoliberalismo como discurso oficial de Estado, enquanto um o primeiro cenário exalta o livre mercado, o segundo enumera, de forma profundamente abstrata, os riscos envolvidos em um “Estado populista” (DAVIE, 2015).

criados pelos economistas neoliberais na transição à democracia e no debate da Constituinte, a expansão das políticas sociais era temida por pressionar os salários para cima e diminuir a superpopulação relativa da força de trabalho. Além disso, colocaria em risco a privatização em massa dos direitos sociais, especialmente dos serviços de saúde, educação e demais serviços de proteção social (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; HABIB, 2013; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012).

Outros direitos garantidos na Constituição de 1996 e que têm implicações diretas ou indiretas na saúde são:

- Respeito e proteção da dignidade humana;
- Direito à vida;
- Direito à privacidade;
- A formas justas de práticas trabalhistas, como o direito de associação sindical e de realizar greves;
- A viver em um ambiente que não seja perigoso à saúde e ao bem-estar;
- Direito à moradia adequada;
- Direito das crianças à nutrição básica, abrigo, serviços básicos de saúde e de assistência social.

Basicamente, estes direitos tornam possível, a indivíduos e grupos, demandar ao Estado serviços de saúde básico, assim como, um ambiente de socialização, moradia e trabalho que não seja nocivo à sua saúde e bem-estar. Além de possibilitar a organização coletiva contra o Estado, quando este não cumpre suas funções políticas e sociais com as classes que vivem do trabalho e que sejam protegidas pela cidadania sul-africana.

Diferente do que ocorria durante o *apartheid*, os trabalhadores da saúde agora podem fazer parte de sindicatos, movimentos trabalhistas ou outros grupos de barganha coletiva, e realizar paralisações e greves quando as suas demandas não são atendidas ou quando os governos e o empresariado se negam a negociar. Contudo, o direito de greve dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é constantemente contestado quando os direitos individuais de outros cidadãos são colocados em risco, a exemplo dos direitos dos sul-africanos aos serviços de saúde e, portanto, o direito a dispor do trabalho da força de trabalho em saúde, mesmo que essa trabalhe em condições precárias ou receba baixos salários.

As estruturas de governo da África do Sul Pós-*apartheid* também são apresentadas na Constituição Nacional de 1996. O Parlamento é a autoridade legislativa nacional e é formado por duas casas, a Assembleia Nacional, *National Assembly*, e Conselho Nacional de Províncias, *National Council of Provinces*.

A Assembleia ou Parlamento Nacional é formado por 400 membros eleitos por um sistema de representação proporcional, determinado pela proporção de votos que cada partido obteve nas eleições. Os membros da Assembleia Nacional, assim como o presidente, têm mandatos que duram cinco anos.

A outra casa do Parlamento Nacional é o Conselho Nacional de Províncias. Este é formado por 54 membros permanentes, seis de cada uma das nove províncias, e 36 delegados especiais, sendo quatro de cada província. O *premier* da província, que equivale à figura do governador estadual no Brasil, geralmente é o líder da delegação de cada província. Os membros das delegações servem para representar os interesses de sua província na esfera nacional.

Para a gestão do Estado, o mesmo é dividido em três esferas ou níveis: nacional, provincial e local. Estes têm funções distintas, mas estão intimamente relacionados na obrigação de garantir os direitos civis, políticos e sociais dos sul-africanos. Por isso, mesmo com funções específicas, os diferentes níveis do Estado, segundo a Constituição de 1996, são interdependentes e inter-relacionados. Isto demanda o estabelecimento e a institucionalização de relações

intergovernamentais entre as províncias e entre estas e os demais níveis do Estado na oferta e organização das políticas de bem-estar social, como a de saúde.

O presidente do país é líder do Estado e é eleito pela Assembleia Nacional entre os seus membros. O Gabinete Presidencial forma o Governo Executivo Nacional, que consiste no presidente, o vice-presidente e todos os ministros. Os ministros são indicados pelo presidente e têm como responsabilidade os poderes pertinentes ao governo executivo, atribuídos pelo presidente. O presidente, junto com os outros membros do Gabinete Presidencial, exerce a autoridade executiva, o que inclui formular e implementar a legislação nacional, assim como, elaborar e implementar as políticas públicas nacionais. Para tal, o presidente, o vice-presidente e os ministros também contam com o suporte de consultores e especialistas de diversas áreas, como saúde, economia, infraestrutura, desenvolvimento rural e urbano, saneamento básico, etc.

Cada uma das nove províncias possui uma câmara legislativa, formada por entre 30 e 80 membros. A mais alta autoridade dos governos provinciais é o *premier*, a liderança do executivo. Além do *premier*, o poder executivo das províncias sul-africanas é composto por membros indicados pela legislatura provincial.

Os governos locais, identificados na Constituição de 1996 como a terceira esfera do Governo, são os responsáveis por garantir serviços de maneira transparente, democrática e sustentável para as comunidades. Isto inclui a promoção do desenvolvimento econômico e social dos territórios municipais, tornando os municípios não somente responsáveis pela provisão de serviços básicos, mas também pela atração de investimento capitalista aos seus territórios. Além disso, segundo a Constituição, os governos locais devem estar organizados para desenvolver ambientes seguros e saudáveis. Neste nível, a participação e o envolvimento da comunidade são vistas como primordiais para o sucesso na implementação das políticas de saúde. A importância do terceiro nível do Estado para a África do Sul Pós-*apartheid* parece se evidenciar no fato de que este é o único nível de governo cujas funções foram detalhadamente definidas na Carta Constitucional. Isto parece ocorrer como uma forma de romper com a excessiva centralização do poder político-gerencial dos governos das quatro províncias, que se desenvolveu durante todo o

apartheid - desde que alinhados ao projeto de Estado e sociedade do Partido Nacional de exploração da força de trabalho negra e racismo total, tinham autonomia atípica até para muitos Estados federativos.

As funções constitucionalmente definidas para os governos locais são:

- Estruturar governos democráticos e transparentes para as autoridades locais;
- Garantir a provisão de serviços às comunidades de maneira sustentável;
- Promover desenvolvimento econômico e social;
- Promover a criação de ambientes seguros e saudáveis;
- Fomentar o envolvimento das comunidades e organizações comunitárias nos assuntos do governo local.

Embora estejam além da governabilidade da saúde, as funções atribuídas constitucionalmente aos governos locais estão alinhadas à perspectiva ampliada de atenção primária em saúde, defendida pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata, reafirmada na maioria das políticas e programas nacionais de saúde implantados desde 1994.

As funções essenciais do Governo da África do Sul Pós-*apartheid* no tocante à política de saúde dizem respeito à prestação de serviços de saúde pública e de cuidados de saúde, em todos os três níveis do Estado. São eles: a avaliação da situação de saúde e necessidades de saúde da população, o desenvolvimento de políticas, implementação e garantia de qualidade das mesmas (incluindo as atividades de monitoramento e avaliação). Além dessas funções que são responsabilidades das autoridades sanitárias dos governos das nove províncias, do Governo Nacional e das autoridades dos distritos sanitários, cada nível de governo tem o seu próprio conjunto de responsabilidades exclusivas no campo da saúde.

O Departamento Nacional de Saúde, *National Department of Health* (DOH), é o nível central e, fundamentalmente, o responsável pela concepção do sistema de saúde e da formulação das políticas, portanto, pela organização dos serviços necessários à saúde da nação. O Departamento Nacional de Saúde da África do Sul democrática também é responsável por desenvolver as políticas nacionais de saúde e criar as diretrizes para viabilizar a implementação destas, sendo, portanto, bem mais ativo do que durante o período da União Africana e do regime do *apartheid*.

De acordo com o Planejamento Estratégico elaborado pelo Departamento Nacional de Saúde da África do Sul, meses após a democratização, a visão deste Departamento é a de criação e implementação de um sistema nacional de saúde acessível, humanizado e de alta qualidade. A missão do DOH é melhorar as condições de saúde por meio da prevenção de doenças, da promoção de estilos de vida saudáveis e da melhoria na provisão de serviços de saúde; focalizando no acesso, equidade, eficiência, qualidade e sustentabilidade, assumindo a função de coordenação do sistema de saúde e impulsionador de sua natureza sistêmica, unificada e nacional.

Já os nove Departamentos Provinciais de Saúde, *Provincial Department of Health* (PDOH), criados depois das eleições gerais de 1994 que levaram o ANC ao poder, representam a tentativa de gerenciar e organizar as políticas de saúde formuladas pelo Departamento de Saúde. A autoridade sanitária foi transferida das antigas quatro províncias e dos dez bantustões para a administração das novas nove províncias, que funcionam com estruturas independentes, cada uma com o seu próprio orçamento e corpos de gerentes e técnicos relacionados à política de saúde. Os departamentos provinciais de saúde são designados para a tarefa de gerenciar e regular todos os serviços de saúde dentro das províncias, incluindo os distritos de saúde, principal estratégia de gestão intergovernamental e de regionalização dos serviços de saúde na África do Sul democrática (DENNIL, 2014).

Com a necessidade de organizar o sistema de saúde e expandir a cobertura a todos os grupos raciais e sociais, todas as províncias foram divididas em regiões, para auxiliar na gestão e compartilhamento de recursos humanos e infraestrutura. Em algumas províncias, sobretudo nas

mais pobres, o PDOH administra as pastas de saúde e bem-estar social e, em outras províncias, ele só responde pelas políticas de saúde. Vale evidenciar que somente com o fim do *apartheid* o sistema de bem-estar social (e os seus numerosos programas de assistência social e pensões) foi desvinculado da gestão do Departamento Nacional da Saúde (PATEL, 2013).

Esta recente autonomia, que remonta ao momento pós-1994, ainda ocasiona confusão e certo grau de dificuldades na implementação e gestão dos serviços de saúde, já que os recursos financeiros, oriundos dos departamentos provinciais de saúde e de bem-estar social, não raramente, têm objetivos e recursos distintos, reproduzindo a fragmentação das políticas e/ou a sobreposição de ações que deveriam ser integradas ou de responsabilidade de apenas um dos departamentos (DENNILL, 2014; KAYENDE, 2010).

As principais responsabilidades dos departamentos provinciais de saúde e de saúde/bem-estar social são:

- Ofertar serviços de especialidades hospitalares;
- Planejar e gerenciar o sistema de informação em saúde das províncias;
- Participar em espaços de coordenação e colaboração interprovincial e intersetorial;
- Coordenar os fundos e a gestão financeira dos distritos de saúde;
- Ofertar suporte técnico e logístico aos serviços dos distritos de saúde;
- Coordenar, monitorar e avaliar os serviços de saúde;
- Coordenar os serviços de saúde e as equipes médicas no caso de a província ser atingida por algum desastre;
- Desenvolver ou dar suporte à pesquisa sobre saúde e sobre os serviços de saúde;
- Planejar, gerenciar e formar recursos humanos para a provisão de serviços de saúde;

- Planificar o funcionamento de hospitais públicos e privados e de outras unidades e programas de saúde;
- Controlar e gerenciar os custos e o financiamento das unidades e estabelecimentos públicos de saúde;
- Fomentar e promover a oferta universal de serviços de atenção primária em saúde e dos hospitais comunitários;
- Ofertar e coordenar os serviços de urgências e emergências médicas e de patologia forense;
- Controle da qualidade de todos os serviços e unidades de saúde;
- Fomentar a promoção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a participação da comunidade no planejamento, provisão e avaliação dos serviços de saúde;
- Proporcionar serviços de controle da poluição ambiental;
- Assegurar a realização de pesquisa sobre o sistema de saúde.

Muitas destas funções dos departamentos provinciais estão diretamente associadas às atividades realizadas pelos distritos de saúde. Esta estreita relação entre as províncias e os distritos tem ocasionado um impacto expressivo na materialização da atenção primária em saúde, pois as finanças para os distritos de saúde, principais arranjos político-gerenciais para a efetivação da abordagem na APS, são controladas pelas autoridades de saúde das províncias, enquanto o planejamento, gestão e implementação dos serviços distritais de saúde são responsabilidade das equipes distritais. Esta divisão assimétrica de poder entre a esfera provincial do Estado e às equipes de gestão dos distritos de saúde tem desafiado não só o processo de reorganização do sistema de saúde, para um enfoque de APS e regionalmente organizado pelos distritos de saúde, ela tem sido

um obstáculo à própria conformação e funcionamento dos distritos sanitários (RISPEL & MOORMAN, 2013; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012).

O sistema organizado por distritos sanitários, *District Health System* (DHS), que, segundo o conjunto de reformas no sistema de saúde da África do Sul Pós-*apartheid* é o principal responsável pela oferta universal de serviços de atenção primária em saúde oferecidos em nível comunitário, como centros comunitários de saúde, clínicas e hospitais distritais, é a principal estratégia e parte da política do Estado democrático de descentralizar todo o planejamento, gestão e responsabilidade sobre os serviços de APS para o nível distrital, permitindo que os serviços de saúde estejam organizados de acordo com as necessidades em saúde de cada distrito de saúde, superando a fragmentação dos serviços e a centralização do poder decisório que caracterizou os regimes do União Sul-africana e do *apartheid*.

Este processo de descentralização com compartilhamento de poder político e gerencial entre o Departamento Nacional de Saúde, as nove províncias, os distritos de saúde e os governos dos municípios vem se mostrando tão complexo quanto problemático ao longo do período democrático, portanto, ainda em curso. Mesmo assim, a descentralização do planejamento e da gestão da saúde em direção aos distritos sanitários e a reorientação da abordagem dos serviços e práticas da força de trabalho em saúde em direção à atenção primária em saúde e aos aspectos de promoção e manutenção da saúde de todos os sul-africanos continuam sendo parte central da estrutura legal e política da saúde pública na África do Sul (ENGELBRECHT & VAN RENSBURG, 2012B; DENNILL, 2014; RISPEL & MOORMAN, 2013).

Os desafios aos governos municipais e à gestão dos distritos sanitários na provisão de serviços de saúde são expressivos. Em 2009, por causa da epidemia de HIV e do mau desempenho do sistema de saúde, a África do Sul foi um dos apenas doze países no mundo com o aumento da mortalidade materno-infantil, observado a partir de 1990. Em termos de saúde materna, neonatal e infantil, a estratégia do NHI para estender a todas as famílias programas de cuidado materno e neonatal eficazes, toma como foco o fortalecimento dos serviços de atenção primária, nomeadamente nos hospitais distritais, onde 25-50% das mortes haviam sido ocasionadas direta ou

indiretamente por fatores evitáveis, caso o sistema de saúde estivesse melhor estruturado (MAYOSI *et al*, 2012).

Assim como as demais políticas sociais, a direção, a cobertura e os limites da política de saúde na África do Sul são determinadas pela correlação de forças entre as classes fundamentais e suas representações na superestrutura política, jurídica e ideológica, constantemente condicionadas pela estrutura econômica neoliberal que, como foi visto, suspendeu a revolução democrática e as reformas estruturais almejadas pelos movimentos sociais e partidos progressistas mais radicais, envolvidos na luta pelo fim do capitalismo racial, por um discurso contrarreformista, sob a forma da “transformação democrática”. Transformação esta que vem encobrendo a natureza regressiva dos processos políticos e econômicos que se materializam na África do Sul nestas pouco mais de duas décadas de democracia.

De acordo com as políticas e legislação de saúde formuladas pelo Departamento Nacional de Saúde para a África do Sul democrática, um distrito de saúde significa um conjunto populacional definido vivendo em uma área geográfica e administrativa claramente delineada. O distrito de saúde é formado por todas as instituições e indivíduos que ofertam serviços de saúde e cuidados dentro do distrito sanitário, o que inclui profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.), trabalhadores do setor saúde (gestores, pessoal administrativo e outros), unidades de atenção primária em saúde, hospitais distritais, serviços logísticos e laboratoriais que fazem parte do DHS (DENNILL, 2014).

O processo de definição territorial e gerencial dos distritos se mostrou mais complexo do que se esperava. Apenas em junho de 1998, quatro anos após a democratização e desmonte do desenho territorial do *apartheid*, o *The Local Government: Municipal Demarcation Act* (Act 27 of 1998), foi publicado para oferecer critérios e procedimentos para redefinir as fronteiras e o desenho dos municípios, inclusive o estabelecimento da *Municipal Demarcation Board* (MDB), o Comitê de Demarcação Municipal, no intuito de determinar as fronteiras municipais. Este comitê era composto por sete membros eleitos pelo presidente para um mandato de cinco anos. Desde julho de 2011, um processo de revisão vem sendo conduzido pelo *Municipal Demarcation Body*.

O processo de revisão tem envolvido atores-chave e determinará as mudanças necessárias em relação ao atual desenho dos distritos de saúde. O MDB lida com a demarcação das fronteiras municipais e todos os processos político-gerenciais envolvidos nisso, enquanto os governos das nove províncias lidam com as fronteiras provinciais. Todo este processo de reorientação geográfico, administrativo e territorial tem complicado o processo de definição e funcionamento dos distritos e, conseqüentemente, a oferta de serviços sociais em nível local, especialmente nos municípios menores, rurais e nos localizados dentro das províncias mais pobres: Eastern Cape e Limpopo (DENNILL, 2015; KANYANE, 2010). É válido ressaltar que este processo político de definição de distritos como atores do desenvolvimento social e econômico e oferta de serviços sociais não se restringe à política de saúde, ele envolve o conjunto de responsabilidades do Estado em promover relações políticas compartilhadas e tomada de decisão horizontal, envolvendo os diferentes níveis do Estado em políticas como a de desenvolvimento econômico, a de desenvolvimento rural e a política de planejamento urbano, etc. Dessa forma, o objetivo de criar distritos, não apenas distritos sanitários, é uma das estratégias do Estado sul-africano, inscrita na Constituição Nacional de 1996, para superar a herança de iniquidades na promoção do desenvolvimento e oferta de serviços sociais no país, assim como, de tornar as áreas gerenciadas pelos distritos mais atraentes ao desenvolvimento capitalista.

É necessário ressaltar que, além de toda a definição territorial e política dos municípios, os primeiros governos democráticos tiveram que criar toda uma estrutura burocrática e de coleta tarifária para abranger os municípios, sobretudo os rurais, tendo em vista a burocracia e os serviços do Estado, especialmente os de melhor qualidade, se concentrarem nas cidades e áreas que haviam sido definidas como exclusivas para brancos (PATEL, 2013; KANYANE, 2010).

Ainda em 1998, o *Municipal Structure Act* (Nº 117 of 1998), Ato Nacional de Estrutura Municipal, foi aprovado no intuito de conformar os municípios de acordo com critérios pré-estabelecidos, classificando-os em três categorias diferentes, de acordo com a sua relação com a gestão dos distritos ou das regiões metropolitanas, como apresentado no quadro seguinte:

QUADRO 4: CATEGORIAS DE MUNICÍPIOS DA ÁFRICA DO SUL DE ACORDO COM O MUNICIPAL STRUCTURE ACT, NÚMERO 117 DE 1998

<p>Categoria “A” ou Municípios Metropolitanos</p>	<p>No início do período democrático eram apenas seis, atualmente existem oito grandes áreas urbanas de municípios conurbados. Nesta categoria de distritos existem maiores polos de desenvolvimento econômico, grandes concentrações populacionais, expressivas áreas industriais e de negócios. As municipalidades nesta categoria são a Cidade de Tshwane (Pretoria); Nelson Mandela Bay (Cidade de Port Elizabeth); Cidade de Buffalo (East London); Cidade de Cape Town; Thekwini (Cidade de Durban); Ekurhuleni (Cidade de East Rand); Municípios Metropolitanos de Mangaung (Cidade de Bloemfontein) e a Cidade de Johannesburg.</p> <p>A Constituição de 1996 define municípios "Categoria A", como um tipo de governo local para ser usado para aglomerações urbanas, que sejam centros de atividade econômica", áreas para qual o “desenvolvimento econômico integrado é desejável” e áreas com forte interdependência social e econômica.</p>
<p>Categoria B ou Municípios Distritais</p>	<p>Esta categoria de distrito geralmente cobre uma área ou região dentro de uma província que inclui um número significativo de pequenas comunidades e municípios (os <i>local municipalities</i>). O município distrital é o responsável por funções municipais em toda a área demarcada para o distrito, que geralmente se situa em áreas rurais, vale lembrar as mais pobres da África do Sul.</p>
<p>Categoria C ou Municípios locais</p>	<p>As municipalidades locais geralmente incluem duas cidades de tamanho expressivo ou um número significativo de cidade pequenas e as vilas e áreas rurais circunvizinhas.</p>

Fonte: análise documental do Municipal Structure Act N° 117 de 1998.

As nove províncias da África do Sul estão divididas em 52 distritos, que são os municípios, quer metropolitanos ou distritais. Eles são o segundo nível de divisão administrativa (embora não sejam um “quarto nível do Estado”), abaixo das províncias e (no caso dos municípios distritais) acima dos 226 governos locais, das *local municipalities*. Como consequência da 12ª emenda da Constituição Nacional, realizada em dezembro de 2005, que alterou os limites geográficos das

províncias, o número de distritos metropolitanos e distritais foi reduzido de 53 para 52. Atualmente, em decorrência dos rearranjos realizados pelo *Municipal Demarcation Board*, em 2011, existem 48 distritos do tipo B e oito do tipo A. Outro efeito da alteração é que cada distrito é agora completamente contido dentro de uma única província, eliminando assim distritos compartilhados por duas ou mais províncias. Então, os distritos interprovinciais, um antigo problema político-gereencial, tendo em vista a dificuldade de as províncias trabalharem de maneira integrada, especialmente no tocante ao financiamento dos serviços em áreas de fronteiras provinciais, foram extintos.

O Ato Nacional sobre as estruturas municipais lançado em 2000, *The Municipal Structures Act* (Nº 32 of 2000), almeja dar suporte a municípios e distritos para desenvolver os processos que permitiriam que eles desenvolvessem as comunidades locais econômica e socialmente. Este Ato Nacional também manifesta o intuito dos distritos e suas municipalidades locais ofertarem acesso universal a serviços essenciais, desde que dentro dos restritos limites fiscais, a exemplo de serviços de saúde.

Também fica claro neste documento a intenção da reconhecida gestão neoliberal do ex-presidente Thabo Mbeki em reorientar a função dos municípios de provedores de serviços básicos para o de indutores do desenvolvimento econômico, atraindo o investimento internacional e criando a infraestrutura necessária aos negócios. Obviamente, este tipo de intento só pôde ser alcançado por municípios maiores, urbanos e que já concentravam a maioria dos serviços sociais orientados a responder às necessidades sociais no território. Por este e outros motivos, a infraestrutura social e de serviços de saúde foi tão pouco desenvolvida nos municípios e distritos localizados em áreas rurais e reforçou a imagem do segundo presidente da África do Sul como um líder desinteressado nos territórios mais pobres e na África do Sul rural.

Mesmo com estas tentativas de reorientação da função social das municipalidades aos governos locais, os municípios, desde 1994, os principais serviços prestados são a provisão de água potável, saneamento básico, eletricidade, medidas assistenciais de abrigo e moradia, remoção do lixo e manutenção das estradas. Estes serviços são considerados direitos humanos básicos e

componentes fundamentais do direito à dignidade assinalado na Constituição Nacional de 1996. As municipalidades têm sido o principal espaço de execução das políticas sociais e oferta de serviços públicos, desde a chegada do ANC ao poder e da consequente democratização do país. Desde então, os governos municipais aumentaram os percentuais de cobertura e oferta destes serviços de maneira sem precedentes.

O grande desafio às municipalidades, no tocante às suas funções sociais na África do Sul pós-*apartheid*, é expandir o acesso a serviços sociais básicos de qualidade e na quantidade necessária para superar a herança do *apartheid*, o que se torna um desafio hercúleo diante dos níveis de pobreza, pobreza extrema, iniquidades e desemprego que caracterizam o país nas últimas duas décadas (DAVIE, 2015; HART, 2013; SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2012). Por exemplo, as altas taxas de desemprego e o desemprego de longa duração, assim como, os baixos salários e o mercado informal reduzem profundamente a capacidade de os trabalhadores contribuírem para os serviços municipais por meio de tributos, fora dos tributos atrelados ao consumo que regressivamente tendem a consumir significativa parcela da renda dos trabalhadores mais pobres (DAVIE 2015). Além disso, este quadro de uma questão social latente, aumenta a demanda por serviços de assistência social e de saúde, enquanto a capacidade de resposta do Estado às refrações da questão social é reduzida, diante das diretrizes macroeconômicas de restrição aos investimentos sociais por meio de políticas públicas e das políticas tributárias, que favorecem os ricos e penalizam as pessoas que vivem com os mais baixos salários.

Ainda a partir da redemocratização e da Constituição Nacional de 1996, os governos municipais devem desenvolver planos financiáveis de infraestrutura, garantir a oferta, manutenção e reparos necessários para reduzir desperdícios e perdas relativas aos serviços de:

- Água e saneamento básico;
- Assentamentos humanos;
- Eletricidade;

- Gestão do Lixo;
- Estradas;
- Transporte Público.

Além disso, precisam garantir a provisão de serviços básicos gratuitos e a manutenção do registro das pessoas que vivem em condição de indigência ou pobreza extrema, facilitando o acesso destas aos serviços de assistência social, basicamente, as *social grants*, e a serviços sociais ofertados pelos municípios, distritos e governos das províncias e pelas numerosas ONGs que operam no país.

Porém, o que não surge no discurso político sobre os avanços na oferta de serviços básicos por meio dos municípios nos últimos 20 anos é que estes foram privatizados e que quando as cotas sociais de uso destes “direitos básicos de dignidade humana” são ultrapassadas ou quando simplesmente os 26 milhões de sul-africanos vivendo em condição de pobreza ou de pobreza abjeta não têm como pagar por serviços que tiveram o aumento da cobertura, condicionado ao aumento expressivo das tarifas, a materialização destes direitos é negada sob legitimidade do Estado e do partido de libertação. Como foi demonstrado anteriormente, mesmo as *social grants*, principal estratégia de redução da pobreza abjeta no país mais rico da África austral, não atingem os mais de 10 milhões de sul-africanos que não contam com nenhum tipo de proteção pública de seguridade social e que vivem em situações de pauperismo e destituição extremas.

Mesmo com os avanços na cobertura e no acesso aos serviços básicos desde o primeiro governo nacional democraticamente eleito, está evidente que muito mais precisa ser feito para corrigir as assimetrias na garantia do acesso a estes serviços. Neste sentido, apoiar, reforçar a implementação dos serviços básicos ofertados pelos governos locais permanece sendo um ponto nodal, embora não pareça ser o suficiente para o enfrentamento das principais refrações da questão social no país, ainda que aliviando as mais severas expressões do pauperismo e da destituição. A provisão destes serviços continua a ser um ponto crítico em todas as administrações locais do país, sobretudo nas áreas rurais, nas *townships* e nas áreas dos antigos bantustões. Nestas, a provisão de

serviços sociais vem sendo frequentemente instrumentalizada por lideranças locais de maneira patrimonialista, clientelista e fisiologista (MASHELE, 2011; KAYENDE, 2010). A questão da falta ou dos preços inacessíveis dos serviços básicos é tão extrema que a oferta de serviços básicos pelos governos municipais é uma das principais causas das ações coletivas de confronto no campo, nas cidades e nas metrópoles: os “movimentos pela oferta de serviços”. Embora raramente estas ações coletivas de confronto resultem em movimentos sociais organizados, são as mais frequentes expressões coletivas de contestação sobre a incapacidade (ou falta de desejo político) do ANC e demais partidos políticos no poder, em concretizar o fim do *apartheid* social, evidenciando que este agora se reproduz a partir da ortodoxia neoliberal (BOND, 2014; BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; HABIB, 2013; JARA, 2013; HART, 2013).

Segundo Colin Bundy (2014), existe uma profunda relação entre os protestos locais por serviços sociais e os assentamentos informais, que cresceram vertiginosamente na África do Sul desde 1994. Mas estas ondas de protestos locais se tornaram acontecimentos políticos comuns na África do Sul, desde 2004, no segundo mandato do neoliberal Thabo Mbeki, quando os dez anos de neoliberalismo haviam tornado os pobres ainda mais pobres e estava claro que o ANC havia deixado para trás o seu compromisso de reparação social com as principais vítimas do *apartheid*. Entre março de 2004 e fevereiro de 2005, o Governo Nacional estava assustado com a realização de 881 protestos “ilegais” e mais de 1.500 protestos legais, que são os que contam com a permissão do governo local para acontecer. Estes protestos se tornaram ainda mais comuns após a renúncia de Thabo Mbeki, momento em que a crise social se transformou em conflito aberto. Desde então, a paisagem política da África do Sul democrática ficou parecida com a dos anos de luta pelo fim do *apartheid*. De acordo com as estatísticas policiais sobre a gestão de multidões, *crowd management statistics*, nos períodos de 2009-2010, 2010-2011 e 2011-2012 foram registrados mais de 32.500 protestos, dos quais 3.072 foram classificados como levantes ou agitações políticas.

Por quaisquer padrões de comparação no mundo capitalista, esta é uma exibição extraordinária de movimentos causados pelo descontentamento nas bases da sociedade. Protestos ocorreram na maioria das grandes cidades, mas também em cidades menores e nas áreas semi-

urbanas, criando uma sequência de processos sociais descritos como “rebeliões dos pobres”. O direito à moradia, saneamento, acesso à água encanada e eletricidade subsidiada, serviços integrais de saúde, pela aprovação do salário mínimo nacional, aumento dos salários mínimos pagos às categorias de trabalho ocupados por negros e outras demandas que incidem direto nas condições de saúde da população foram identificados entre os motivos dessas “insurreições contra a pobreza” (BUNDY, 2014; HART, 2013).

Estas ações coletivas de confronto ocorreram no mesmo contexto em que o Governo de Jacob Zuma expandiu a cobertura dos serviços sociais básicos e ampliou os programas e serviços de saúde em todos os níveis da política, mas sobretudo na atenção primária, demonstrando a profundidade da insatisfação popular e o esgotamento do modelo de controle social do Estado sobre as populações mais pauperizadas pela provisão de mínimos sociais, iniciada quinze anos antes por Nelson Mandela e Thabo Mbeki.

A grande maioria das ações coletivas de confronto na África do Sul democrática são realizadas por homens e mulheres que vivem as formas mais severas das expressões da questão social, como o desemprego de longa duração, a condição de miséria e diversas formas de privação como a alimentar, sendo desfeitas assim que o Estado utiliza da violência policial para punir os pobres, reproduzindo muitas das práticas de violência, repressão e tortura oriundas do *apartheid*. Como afirma Sampie Terreblanche (2012), com base em Karl Marx, a privação extrema e a consciência de classe não andam juntas e quando a maior meta de um homem ou de uma mulher é conseguir a próxima refeição, são poucas as possibilidades de estes desenvolverem a consciência de classe e agirem enquanto classe para si, superando as barreiras da alienação e da reificação. Neste ponto, os governos municipais sofrem uma desvantagem comparativa aos demais níveis do Estado e da administração dos distritos, pois são rapidamente identificados pelos levantes populares como os responsáveis pelos serviços vitais que são deficitários ou caros demais para a maioria dos sul-africanos negros, das zonas rurais, dos assentamentos informais, etc.

Neste sentido, o discurso neoliberal que significa os governos locais como os mais indicados para executar os serviços sociais, por serem os mais próximos das demandas concretas

dos cidadãos, foi apropriado e ressignificado pelos levantes populares de contestação contra a escassez e/ou precariedade dos serviços sociais a nível local, sobretudo o acesso a serviços de saúde, água, moradia e assistência social.

Talvez a multiplicação de protestos pela oferta de serviços sociais focados nos governos municipais nas duas décadas que se seguiram ao fim do *apartheid*, acentuados após os efeitos da crise capitalista de 2008, sejam a causa de uma maior preocupação do Estado com as funções sociais e políticas dos governos locais. Tanto que, desde o primeiro mandato de Jacob Zuma, o fortalecimento dos governos locais foi elevado à categoria de prioridade (KAYENDE, 2010). Além do mais, durante o segundo mandato de Zuma, foi lançada uma estratégia nacional de reforço institucional e financeiro às funções sociais dos municípios: o Programa Nacional *Back to Basics*, lançado em setembro de 2014 pelo Departamento de Governança Cooperativa, *Department of Cooperative Governance* (DCoG), com representantes em cada uma das nove províncias e que objetiva melhorar o desempenho dos governos municipais na oferta de serviços básicos. Vale salientar que essa decisão aconteceu nas vésperas do ano de crise econômica e de levantes populares que mobilizaram todo o país e diversas frações de classe, sendo essas não mais ações coletivas constituídas exclusivamente pelos grupos mais pauperizados: 2015. Durante os dois mandatos de Jacob Zuma, embora não exista uma ruptura nas principais diretrizes econômicas neoliberais, a responsabilidade do Estado em prover serviços sociais básicos, entre eles os de saúde, foi amplamente retomada, tendo os governos locais e os distritos de saúde como *locus* privilegiado. Estas práticas rompem com o significado atribuído aos municípios nos governos de Nelson Mandela e de Thabo Mbeki, em que a privatização dos serviços básicos e o papel dos governos locais em tornar as municipalidades territórios mais atraentes ao investimento capitalista foi substituída pelo discurso de Zuma de criação e/ou ampliação de uma infraestrutura social básica. Esta infraestrutura de serviços sociais, embora responda parcialmente às necessidades imediatas da classe trabalhadora, também acaba por tornar os territórios locais mais atraentes às empresas capitalistas, já que a existência destes serviços necessários à reprodução da força de trabalho viabilizados pelos governos locais, também isenta o empresariado de provê-los para os seus trabalhadores, conseqüentemente, tornando a mão-de-obra mais barata e coletivizando os custos

da reprodução social da mesma. Desta forma, os mandatos de Jacob Zuma têm aproximado a África do Sul daquilo que David Harvey denominou de “Estado Gerencial”.

Outra evidência da crescente importância política dos governos locais no discurso político do ANC é o papel que eles ocupam no discurso político do ANC, manifesto no último programa de contrarreforma do Estado Sul-africano, o neodesenvolvimentista *National Development Plan 2030* (NDP). Elevados à condição de atores centrais na agenda de transformação, que demanda gestões municipais capazes, de em nível local, criar territórios locais seguros, saudáveis e economicamente sustentáveis, onde os cidadãos sul-africanos possam trabalhar, viver e se socializar, o objetivo do ANC para os governos locais, a partir do NDP é fomentar melhorias na provisão de serviços às comunidades por meio de melhorias na gestão e nos programas desenvolvidos pelas municipalidades, que garantam o acesso aos direitos básicos.

Das 278 municipalidades existentes na África do Sul em 2015, 226 eram classificadas como *local municipalities*. Estas estão sobretudo nas áreas menos povoadas e mais pobres do país. Sendo assim não é difícil pensar que qualquer transformação significativa na capacidade dos governos locais em ofertar serviços sociais ou promover bem-estar social teria a capacidade de afetar a continuidade dos *PUI Problems*.

Prince Mashele (2011) aponta a necessidade de alimentar ceticismo em relação não à capacidade, mas ao desejo da maioria dos governos locais, comprometidos antes de tudo com a reprodução do poder e empoderamento econômico da elite burocrática por meio da distribuição de postos e cargos no Estado e dos esquemas de corrupção comandados ou articulados por membros do ANC, em que a mais fácil forma de ascensão econômica é a tomada de posições na elite política e na burocracia estatal.

A partir dos trabalhos de Mashele (2011) e Sampie Terreblanche (2005) é possível perceber sob a maioria dos governos democráticos, de maioria negra, a continuidade e até o aprofundamento de grande parte dos esquemas patrimonialistas e fisiologistas que caracterizaram o projeto de empoderamento africâner, a *afrikanerdom*, e das massas de trabalhadores brancos pobres durante

o *apartheid*. Embora exista a tendência do discurso midiático e de alguns intelectuais conservadores em relacionar a origem da corrupção no Estado unicamente aos governos dos partidos de libertação e de maioria negra, estes foram iniciados na África do Sul e em grande parte da África Austral, pelos projetos racistas de empoderamento econômico e político das minorias brancas.

Na atualidade, estas estruturas corruptas são reproduzidas e até aprofundadas sob os governos e administrações locais de maioria negra e continuam a aprofundar a privação dos negros sul-africanos, que continuam a ser a maioria da classe trabalhadora mais pauperizada, a maioria dos eleitores e aqueles que, proporcionalmente, por meio do regressivo sistema tributário, que incide sobre o consumo de bens básico e não sobre as grandes fortunas, salários ou transações financeiras, financiam grande parte do fundo público sul-africano. Dessa forma, a taxação sobre o consumo da maioria dos trabalhadores pobres e do exército de reserva sul-africano sustenta grande parte do Estado e os serviços que lhes são sistematicamente negados ou ofertados com baixa qualidade.

Neste sentido, fica evidente que, mais do que universalizar os serviços sociais, sobretudo quando restritos ao universalismo básico, é necessário reformar as estruturas tributárias e promover reformas estruturais na África do Sul. Somente reformas com expressivo impacto na proteção e emancipação política da classe trabalhadora poderão transformar o complexo quadro social e, portanto, sanitário da África do Sul pós-*apartheid*.

4.3 O SISTEMA DE SAÚDE DA ÁFRICA DO SUL PÓS-APARTHEID: INSTITUCIONALIZAÇÃO E OBSTÁCULOS

Nos últimos 21 anos, diante do aprofundamento das necessidades sociais em saúde, resultante da permanência e agravamento dos *PUI problems*, combinados à adoção de alternativas políticas que se afastam de um horizonte de emancipação política e humana que fundamentavam ideologicamente a luta dos partidos de esquerda pan-africanistas e socialistas (BOND, 2010; CHANAIWA, 2011; DAVIE, 2015; TERREBLANCHE, 2005, 2012), o sistema de saúde sul-africano tem de enfrentar simultaneamente quatro grandes ondas de epidemias: a das doenças relacionadas à pobreza, como doenças infecciosas, mortalidade materno-infantil, desnutrição; a epidemia de HIV/AIDS e toda a carga de doenças que ela implica, além do empobrecimento das pessoas infectadas e de suas famílias; a carga de doenças não-transmissíveis e, por fim, a violência estrutural que ocasiona lesões, morte prematura e incapacidade (DENNILL, 2014; McINTYRE *et al.*, 2009; RISPEL & MOORMAN, 2013; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012).

O mesmo relatório do PNUD (2013), que enalteceu a África do Sul pós-*apartheid* como um agente ativo da “ascensão do Sul capitalista”, evidencia alguns dos sérios desafios ao sistema de saúde do país. Na atualidade: 8,7% das crianças sul-africanas com menos de 5 anos apresentam duas ou mais doenças que ocasionam peso abaixo do ideal para a idade; apenas 73% das crianças com 1 ano receberam três doses da vacina tríplice (difteria, tétano e tosse convulsa) e a cobertura da imunização contra o sarampo de crianças com até um ano é de 65%, muito inferiores à de países mais pobres como a Nicarágua, com 99% de imunização de DTP e sarampo. A prevalência de HIV entre pessoas com idades entre 15 e 24 anos é de 13,6% entre mulheres e 4,5% entre homens. A Taxa de mortalidade infantil do país, a probabilidade de morte entre o nascimento e o primeiro ano expressa por 1.000 nascidos vivos, é de 41, e até os 5 anos esse número sobe para 57. Entre os adultos, consideradas as pessoas entre 15 e 60 anos, expressa por 1.000 adultos, a taxa de mortalidade permanece alta, sendo de 479 entre mulheres e 521 entre homens. Entre as mortes provocadas por doenças específicas, se destacam a malária, com 0,2 mortes entre 100 mil pessoas por ano; e a permanência da cólera, que já foi erradicada em vários países mais pobres e com sistemas de saúde bem menos estruturados do que a África do Sul, que ocasionou 28 mortes entre

os anos de 2005 e 2010, e as doenças cardiovasculares e diabetes, que causaram 321 mortes entre 1.000. O número de médicos (generalistas ou especialistas) é de 0,8 por grupo de 1.000 pessoas e a porcentagem de pessoas que confiam no sistema de cuidados médicos ou de saúde do país é de 63%.

Estes dados não são indicadores apenas da precária situação de saúde da maioria da população do país, eles evidenciam a herança sanitária de um passado recente em que mesmo “o direito a ter direitos” foi negado à maioria negra da população, a partir da constituição de uma cidadania condicionada a um discurso político sobre branquitude. Enquanto o sistema político era fundamentado nos chamados racismo científico e cultural, a estrutura econômica estava fundamentada na super exploração da força de trabalho negra, oriunda das *homelands* e de outros países da África Austral. As marcas deste sistema ainda se expressam na intensa pauperização da maioria dos negros sul-africanos e na concentração de riqueza, das terras e das oportunidades na minoria branca. Estas diferenças também se expressam nas formas como as diferentes classes e raças adoecem e morrem na África do Sul, país em que, sem os programas de transferência de renda, o Coeficiente de Gini, em 2014, atingia 0,83 (DAVIE, 2015), o maior do mundo⁷⁰ e em que o passado da segregação por raça cada vez mais perde lugar para uma segregação baseada na classe social.

Os dados citados anteriormente confirmam que, embora a África do Sul seja considerada um país de renda média, com um índice de desenvolvimento classificado como médio pelo PNUD: 0,629, ocupando a 121ª posição do ranking, em termos de sua economia e política, como uma nação emergente, a terceira mais rica da África, superada apenas pela Nigéria e pelo Egito, apresenta uma

⁷⁰ O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos. Segundo o Banco Mundial (2016), na África do Sul os 10% mais ricos concentram 58% da renda do país e os 10% mais pobres possuem apenas 0.5% do total das riquezas nacionais. Para o BM, na última década, o Índice de Gini Sul-africano variou de 0,66 até 0,70, sendo o país mais desigual do mundo.

realidade sanitária pior do que a de muitos países mais pobres (DENNILL, 2014; GILSON *et al*, 2003; HEAD, 2010; McINTYRE *et al*, 2009; PNUD, 2013; RISPEL & MOORMAN, 2013; SITAS, 2010).

A dimensão histórica das iniquidades em saúde que se expressam no país atualmente é determinada por diferentes relações sociais: as desigualdades de sexo e gênero; a histórica violência que perpassa a História do país e a submissão da política de saúde às determinações, primeiro, aos regimes racistas colonial, da União Sul-africana e do *apartheid* e, na atualidade, às imposições socioeconômicas da reforma de orientação neoliberal (BOND, 2010; DAVIS, 2006; DEACON, 2007; DENNILL, 2014; McINTYRE & GILSON, 2005; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012). Além disso, desde o fim do *apartheid*, problemas na gestão e sub-financiamento do sistema de saúde atrasam respostas concretas ao legado de desigualdades sociais em saúde do país (BUNDY, 2014; BUTLER, 2004; DENNILL, 2014; McINTYRE *et al*, 2009; PEREIRA, 2012; KAYENDE, 2010).

As diferenças nas taxas de adoecimentos e mortes entre as raças expressa as diferenças entre estas nas condições sociais, econômicas e de oportunidades e em outros determinantes sociais do processo saúde-doença, evidenciando que, assim como ocorre no Brasil⁷¹, mesmo que em níveis diferentes, a desigualdade se expressa em diferenças de classe, raça e sexo. Por exemplo, a prevalência sul-africana de estimativas de HIV mostra que homens e mulheres brancos e indianos têm uma prevalência muito baixa da doença (0,6% e 1,9%, respectivamente), ao passo que a maior

⁷¹ É interessante ressaltar que o trabalho de Anthony Butler (2004) identifica que, durante décadas, o Brasil foi considerado um “país par” da África do Sul, apresentando estruturas socioeconômicas semelhantes e indicadores sociais muito parecidos, tendência que se reverte desde o final da década de 1990, quando o Brasil começa a adotar programas de transferência de renda e expande o acesso, mesmo que focalizado, dos serviços sociais e de atenção primária em saúde. É constante a comparação entre o desempenho em assistência social e saúde da África do Sul e do Brasil na literatura científica sul-africana. Entre estes, destacam-se Grace Davie (2015), Anthony Butler (2004, 2012) e Leila Patel (2013) em relação às políticas de seguridade e assistência social. No caso da saúde, os trabalhos de Kathleen Dennill e Kirstie Rendall-Mkosi (2014) e os organizados por Malebona Precious Matsoso, Robert John Fryatt e Gail Andrews (2015) enfatizam comparações entre o desempenho dos sistemas de saúde dos dois países e aproximações da abordagem de atenção primária em saúde a partir dos anos 2010, quando o enfoque de APS da África do Sul se voltou para as determinações do processo saúde-doença com mais vigor.

prevalência é encontrada entre a população negra (13,3%). Em 2002, a mortalidade infantil apresentava taxas que variaram entre 7 por 1.000 na população branca, semelhante à de países desenvolvidos, e 67 por 1.000 na população negra, e a expectativa de vida para mulheres adultas brancas era 50% maior do que a expectativa das mulheres negras (McINTYRE *et al*, 2009).

As desigualdades sociais em saúde apresentam uma distribuição heterogênea, variando significativamente entre províncias e dentro delas⁷² (HEAD, 2010). Por exemplo, segundo McIntyre *et al* (2009), em 2000, as taxas de mortalidade para crianças menores de 5 anos variaram de 46 por 1.000 nascidos vivos na província de Western Cape, para 116 por 1.000 nascidos vivos na província de KwaZulu-Natal. Mesmo dentro da área metropolitana da Cidade do Cabo, a taxa de mortalidade infantil da classe média é três vezes inferior à observada nos assentamentos precários, majoritariamente ocupados por negros: as *townships*. A taxa de mortalidade por asma em homens na província de Eastern Cape foi quatro vezes maior do que na província de Western Cape. Assim como, a taxa de mortalidade por tuberculose em Eastern Cape foi três vezes maior do que na província de Gauteng, a mais rica do país.

Diane McIntyre e sua equipe (2009) ainda identificaram que as diferenças em saúde entre homens e mulheres também são profundas. A mortalidade é 1,38 vezes maior em homens do que em mulheres, apesar do fato de que as mulheres têm uma maior taxa de infecção por HIV. O uso abusivo de álcool foi responsável por 7% de todas as mortes na África do Sul em 2000, com quatro vezes mais mortes relacionadas com o álcool em homens do que em mulheres. A taxa de mortalidade padronizada por idade de lesões em homens foi três vezes maior do que para mulheres. As mulheres também enfrentam uma carga substancial da violência dos homens. Entre os anos de 2005 e 2006, 54.926 estupros foram denunciados à polícia e estima-se que a cada 6 horas uma mulher na África do Sul é assassinada pelo companheiro.

⁷² A partir de uma análise sobre a carga de adoecimentos, *burden of disease*, e mortes relacionadas ao HIV/AIDS na África do Sul, o trabalho de Judith Head (2010) evidencia a heterogênea distribuição da epidemia de HIV/AIDS entre províncias, grupos étnicos e sexos no país e problematiza o peso das determinações socioeconômicas da contaminação e adoecimento, além de criticar várias normalizações de raça, comuns aos estudos sobre HIV/AIDS na África do Sul.

Um desafio central para o atual governo, de Jacob Zuma, é reduzir as desigualdades sociais em saúde entre as províncias e entre as áreas urbanas e rurais, no acesso a serviços de saúde e serviços sociais, determinantes da saúde, como habitação, saneamento, acesso à água potável etc (BOND, 2010; BUNDY, 2014; PATEL, 2013). Essas intervenções sociais demandarão mais investimentos do Estado em saúde, educação e demais políticas sociais e uma melhor gestão da distribuição de recursos e serviços públicos (McINTYRE *et al*, 2009; KAYENDE, 2010), aumentando o poder político e os recursos financeiros dos departamentos provinciais de saúde, municípios e dos distritos de saúde, mesmo que as diretrizes econômicas neoliberais do GEAR continuem em execução (SEEKINGS & MOORE, 2013; TERREBLANCHE, 2012). Mas para compreender e analisar criticamente a atual situação em saúde da África do Sul, é necessário historicizar o início do processo de institucionalização de um sistema nacional de saúde no país, que acompanhou o processo geral de democratização.

Com a proximidade das eleições gerais, em 1994, o ANC formulou um Plano Nacional de Saúde que foi publicado em maio do mesmo ano, no mês seguinte à vitória do ANC para a presidência do país nas primeiras eleições gerais. Este plano estava baseado na defesa do princípio de que cada indivíduo tinha o direito de viver em ótimas condições de saúde. O *National Health Plan for South Africa* também tecia profundas críticas ao modelo de sistema de saúde implantado pelo regime do *apartheid*.

The South African government, through its apartheid policies, developed a health care system which was sustained through the years by the promulgation of racist legislation and the creation of institutions such as political and statutory bodies for the control of the health care professions and facilities. These institutions and facilities were built and managed with the specific aim of sustaining racial segregation and discrimination in health care.

The net result has been a system which is highly fragmented, biased towards curative care and the private sector, inefficient and inequitable. Team work has not been emphasised, and the doctor has played a dominant role within the hierarchy. There has been little or no emphasis on health and its achievement and maintenance, but there has been great emphasis on medical care.

The challenge facing South Africans is to design a comprehensive programme to redress social and economic injustices, to eradicate poverty, reduce waste, increase efficiency and to promote greater control by communities and individuals over all aspects of their lives. In the health sector this will involve the complete transformation of the national health

care delivery system and all relevant institutions (National Health Plan for South Africa, 1994, p.2).

Os objetivos do Partido de libertação para o sistema de saúde foram melhor definidos no primeiro Projeto de Reforma do Estado, o *Reconstruction and Development Plan* (RDP), que foi publicado em setembro daquele ano. Diferente do que viria a ocorrer com os demais programas nacionais de saúde, mais orientados pela racionalidade neoliberal, elaborados por tecnocratas do Departamento Nacional de Saúde, o *National Health Plan for South Africa* contou na sua formulação com várias entidades profissionais, de pesquisa, do setor de negócios e com o auxílio da equipe do escritório da Organização Mundial de Saúde de Lesoto. Mesmo assim, é interessante notar a ausência de movimentos sociais no processo de elaboração e consulta desta importante matriz discursiva para a institucionalização das políticas de saúde na nascente democracia racial, que como aponta Grace Davie (2015), haviam decidido apoiar amplamente o ANC, sem implementar uma base de organizações nacionais críticas ao movimento de libertação, que agora passava a ser partido político e se integrar na estrutura do Estado burguês.

Mesmo sem a ampla participação de movimentos sociais e de organizações progressistas da sociedade civil, amplamente integradas na estrutura nacional do ANC, o Plano Nacional de Saúde defendia que o governo do partido de libertação deveria ser responsável por garantir o acesso a serviços de saúde a todos os sul-africanos e, assim como os planos nacionais de saúde do período da transição, evocavam a defesa da abordagem da atenção primária em saúde como racionalidade estruturadora do sistema de saúde, mais adequada ao quadro sanitário do país. De acordo com o Plano, um sistema nacional de saúde deveria ser criado sob uma única estrutura governamental, a nacional, mas esta deveria direcionar todos os aspectos da política e da prestação de serviços de saúde na África do Sul, em intensa cooperação com os outros níveis do Estado e com os serviços privados de saúde. Esta reforma do sistema de saúde deveria resultar na completa transformação do mesmo, superando o seu passado racista, classista, privatista, fragmentador, hospitalocêntrico e de supremacia do paradigma biomédico.

Desde as primeiras discussões em torno da criação de um sistema de saúde na África do Sul Pós-*apartheid* fica clara a influência da concepção de atenção primária em saúde proposta na Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada entre 6 e 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, território do atual Cazaquistão, que na época era parte das União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). A incorporação das recomendações desta Declaração no discurso político sobre saúde, representou não só uma transformação no modo como a África do Sul organizava os serviços de saúde, ela também significou a entrada de uma racionalidade de política de saúde, que desde a experiência de reforma da Comissão Gluckman não se desenvolvia na África do Sul, a do compromisso e responsabilidade do Estado com a saúde de todos e o direito das comunidades e indivíduos de participarem ativamente nos processos políticos e gerenciais relacionados à saúde, relacionando democracia e saúde. Embora a Declaração de Alma-Ata tenha influenciado a concepção do *National Health Plan* de 1986, foi somente com a abolição total do racismo de Estado e da hegemonia da perspectiva biomédica e hospitalocêntrica dentro do Departamento Nacional de Saúde que se tornou possível institucionalizar esta perspectiva de saúde na Política Nacional de Saúde.

Segundo a Declaração de Alma-Ata:

I - A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A partir dos princípios e perspectivas da Declaração de Alma-Ata e dos projetos do ANC para a saúde pública, os princípios e propostas de organização sistêmica que fundamentam o *National Health Plan for South Africa* foram compilados no quadro a seguir:

QUADRO 5: PRINCÍPIOS E PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE ACORDO COM NATIONAL HEALTH PLAN FOR SOUTH AFRICA

1. Equidade - saúde para todos não pode ser garantida apenas pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, mais importante do que isso é a busca pela equidade por meio do desenvolvimento econômico e social;

2. Desenvolvimento social e econômico - O acesso a emprego, educação, moradia adequada, acesso à água, saneamento básico e eletricidade são todos vitais para alcançar a meta de saúde para todos na África do Sul;

3. O direito à saúde - Este princípio é baseado na premissa de que cada indivíduo tem o direito a acessar as melhores condições de saúde e cabe ao Estado criar o ambiente em que estas condições sejam alcançadas;

4. Abordagem baseada na atenção primária em saúde – Um sistema que universaliza a atenção primária em saúde, como proposto pela Organização Mundial de Saúde, forma a base da abordagem do sistema de saúde da África do Sul Pós-*apartheid*. Este enfoque na APS inclui todos os aspectos do desenvolvimento comunitário e da participação comunitária, que são imperativos para o sucesso do sistema. Por meio desta proposta, as iniquidades no acesso aos serviços e programas de saúde nas áreas rurais e comunidades pobres serão uma prioridade para o desenvolvimento;

5. A unificação de todos os serviços em um sistema nacional único, integrado e equânime de saúde – Este sistema de saúde controlará todas as estruturas que lidam com a saúde, tanto públicas, como privadas. O sistema nacional de saúde será responsável pela saúde de todos os sul-africanos e todas as formas de discriminação racial, tribal, étnica e de gênero serão erradicadas.

6. Coordenação e descentralização dos serviços de saúde – clínicas, centros comunitários de saúde e médicos generalistas que trabalham sem vínculo institucional deverão trabalhar como o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde. Autoridade, poder decisório e recursos serão descentralizados em direção ao nível mais próximo possível dos cidadãos, considerando o planejamento racional do uso destes recursos e a manutenção da boa qualidade da oferta de serviços de saúde;

7. Acesso aos mais vulneráveis - os grupos considerados mais vulneráveis, como as pessoas consideradas inválidas, as que vivem nas áreas rurais e nas áreas mais precárias, mães com crianças pequenas e as pessoas com doenças incapacitantes ou que vivem com doenças como Aids, tuberculose, gastroenterite, doenças do coração e quadros traumáticos terão prioridade nos serviços de saúde e terão assegurada assistência apropriada;

8. Promoção da saúde - os profissionais de saúde devem dar especial importância às ações de educação em saúde, sobretudo, em tópicos como sexualidade, saúde bucal, desenvolvimento infantil, uso abusivo e/ou dependência de drogas, saúde ambiental, saúde no trabalho e estilos de vida saudáveis. Os praticantes de medicina tradicional, *traditional healers*, e de medicina alternativa devem ser integrados nas equipes multidisciplinares de saúde;

9. Respeito por todos - uma Carta de Direito dos Pacientes precisa ser elaborada e rigidamente seguida, no intuito de garantir o direito de todas as pessoas de serem tratadas com dignidade e respeito.

10. Um sistema de informação em saúde - existe a necessidade de gerar e disponibilizar dados confiáveis sobre a situação de saúde em todas as regiões do país. Isto é necessário para aperfeiçoar o planejamento e a gestão do sistema de saúde e para tornar os serviços e programas de saúde mais eficientes;

11. Componentes adicionais de atenção primária em saúde - para responder às necessidades específicas de atenção primária em saúde no país, o novo governo adicionou mais três

componentes aos oito, estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. São eles: saúde mental, saúde ocupacional e serviços de emergência. Para aprofundar o suporte ao programa, o desenvolvimento do sistema nacional de informação em saúde e de um Programa Nacional de Pesquisa em Saúde. O desenvolvimento conjunto de informação em saúde e pesquisa científica deverá fortalecer a relação entre pesquisa, formulação de política e práticas profissionais.

Fonte: Análise documental do National Health Plan for South Africa, 1994.

A partir das Propostas do Plano Nacional para a Saúde, elaborada pelo novo Governo do ANC, o RDP, o primeiro plano de reforma do Estado, foi formulado, com a participação de diversos sujeitos do ANC e da aliança de esquerda, COSATU e SACP, frações do grande capital e organizações da sociedade civil, incluindo organizações populares. Segundo o *Reconstruction and Development Program*, políticas de saúde e para o desenvolvimento econômico e social do país deveriam ser criadas tendo como princípio a equidade, no intuito de atingir a meta de saúde para todos na África do Sul Pós-*apartheid*.

As principais mudanças propostas para os serviços de saúde eram a centralidade da abordagem da atenção primária e a ênfase na descentralização dos serviços, que deveriam ser de base comunitária e organizados territorialmente. Neste sentido, foi introduzida a proposta de um sistema de saúde descentralizado, organizado por distritos sanitários, *District Health System* (DHS). A estrutura proposta é de que os cidadãos tenham uma contínua e hierarquizada oferta de serviços de saúde em seu território de moradia. A organização dos distritos de saúde incluiria provedores públicos e privados e absorveria serviços de suporte como laboratórios e suprimentos farmacêuticos, no sentido de funcionar eficientemente e com economia de escala. Até pelo reconhecimento do papel da saúde suplementar na estrutura regionalizada de saúde, ainda se persegue uma maior regulação dos seguros e provedores privados de serviços de saúde.

Contudo, para materializar a ruptura com a centralização do poder decisório e com a fragmentação dos serviços de saúde que caracterizava o discurso político do *apartheid* sobre saúde, a nova Política Nacional de Saúde precisava de recursos humanos, segundo novos paradigmas e processos de trabalho em saúde e, obviamente, de ampliação do financiamento. Estes provaram ser grandes desafios. No processo de formulação e implantação do sistema foi constatada a necessidade

de realizar reformas curriculares nas faculdades e centros de formação de profissionais de saúde, com o objetivo de orientar a educação da força de trabalho em saúde para responder às necessidades de um sistema de saúde descentralizado e focado na saúde da comunidade, segundo a perspectiva da APS posta na Declaração de Alma-Ata e necessidades em saúde mais comuns na África do Sul (RISPEL & MOORMAN, 2013).

No começo do período democrático, durante a vigência da reforma do RDP, estes objetivos foram alcançados incipientemente. Contudo, a hegemonia neoliberal entre a elite do ANC e o apelo da comunidade de negócios do MEC por um Estado mínimo, que culminou no lançamento do GEAR, pouco mais de dois anos após a democratização do país, trouxeram mudanças na tomada de decisão da política de saúde que deixaram claro que o discurso de socialização do bem-estar social, por meio de amplas reformas redistributivas e democratizantes perdera lugar para o discurso político do Estado mínimo. A ordem social do discurso neoliberal havia se consolidado como hegemônica na formulação, execução e avaliação das políticas. Mas como os discursos são materializados por pessoas, os membros do Governo Nacional, que então haviam realizado sua transição de classe social, integrando-se às elites econômicas e, conseqüentemente, de consciência de classe, decidiram pela racionalização máxima dos recursos para a formação de recursos humanos e provisão de serviços de saúde. O tão necessário treinamento dos profissionais de saúde para lidar com as conseqüências sanitárias deixadas pelo *apartheid* e com a conformação de um novo sistema nacional de saúde sofreu o impacto da contrarreforma da saúde e da educação superior.

Em decorrência destas medidas de ajuste neoliberal, foi observada a queda no número de graduados em escolas e faculdades de enfermagem, que formam os profissionais considerados os pilares da gestão e da assistência à saúde na África do Sul. As políticas de racionalização dos investimentos, que eram formas de nominalizar as profundas medidas de austeridade social, incluíam também o fechamento de várias escolas e centros de formação e treinamento de enfermeiros, profissionais que teriam um papel central também no novo sistema de saúde. O governo passou a centralizar a formação desta categoria, como a dos demais profissionais de saúde,

em poucas grandes unidades de ensino, desigualmente distribuídas entre as províncias e concentradas nas áreas urbanas (DENNILL, 2014; RISPEL & MOORMAN, 2013).

Esta situação, iniciada ainda sob o Governo de Nelson Mandela, evidenciou que o primeiro governo da África do Sul democrática estava se afastando da proposta de saúde para todos, componente do projeto socialdemocrata de sociedade presente na *Freedom Charter* e no RDP. A situação da falta de profissionais nos serviços de saúde se agravou ainda mais em decorrência da migração da força de trabalho em saúde para países desenvolvidos e para a iniciativa privada, onde salários, condições de trabalho e formação eram melhores (DENNILL, 2014; VAN RENSBURG, 2012).

Mesmo em um cenário de contrarreformas neoliberais, expressivas transformações ocorreram no sistema de saúde, e representavam rupturas importantes com o sistema de saúde do *apartheid*, e com toda a segregação de classe e raça que este representava. Uma das mais importantes rupturas foi a reorganização da estrutura dos 14 departamentos de saúde, antes organizados segundo as linhas raciais do regime autocrático e pigmentocrático, em um único Departamento Nacional de Saúde que, como foi visto, serve a todos os sul-africanos e coordena a implantação do sistema nacional de saúde, compartilhando poder e recursos com as nove províncias, os governos locais e os distritos de saúde. Para materializar este processo, desde 1994, uma série de leis, políticas, regulamentos e programas foram lançados.

Alguns dos Programas e políticas mais importantes para a implantação do sistema nacional de saúde foram a Política Nacional de Medicamentos, *The National Drug Policy*, lançada em 1996 e o *The White Paper for The Transformation of the Health System in South Africa*, a Proposta Base para a Transformação do Sistema de Saúde na África do Sul, lançada em 1997.

A primeira é um componente fundamental do novo sistema de saúde e é composta por uma lista de medicações essenciais, que seguem os padrões e protocolos de tratamento medicamentosos dos hospitais, clínicas, centros comunitários de saúde e demais serviços de atenção primária em saúde. O objetivo é racionalizar o uso de medicamentos, permitindo a melhor utilização de medicação, tornando-os acessíveis àqueles que realmente precisam. O documento conceitua como

medicamentos essenciais aqueles que são identificados como mais adequados e acessíveis para o tratamento da maioria das doenças e condições de saúde prevalentes na população do país. Estas drogas são comumente utilizadas no tratamento de doenças de baixa complexidade e no tratamento dos portadores de doenças crônicas. Pela necessidade de constante atualização, a Política Nacional de Medicamentos já foi atualizada em 1998, 2003, 2008 e a sua última atualização ocorreu em 2010. Este “documento vivo” é permanentemente monitorado pela equipe que o atualiza, o *Essential Drugs Programme*, o Programa de Drogas Essenciais.

Há duas versões das diretrizes de tratamento padrão com uso de medicamentos: uma para atendimento hospitalar e outra para os atendimentos em APS. As diretrizes de APS orientam o uso de medicamentos e cuidados clínicos em centros clínicos e de saúde e devem estar disponíveis em todas as unidades de saúde, para garantir que os cuidados adequados e de qualidade sejam ofertados aos pacientes.

Desde o início da implantação desta Política, surgiram desafios de natureza gerencial e econômica no fornecimento de medicamentos que precisam ser resolvidos. O principal é a falta de medicamentos das listas essenciais, que ocorre a nível nacional, provincial e local. Enquanto nos aspectos gerenciais a causa são as más práticas de gestão em relação à aquisição de medicamentos ou a gestão de medicamentos nos serviços de saúde, onde a profissionalização da gestão é incipiente e muitas vezes ocorre sem supervisão de um profissional habilitado (DENNILL, 2014; RISPEL & MOORMAN, 2013).

Estes problemas político-gerenciais na gestão das políticas sociais são mais comuns nas unidades de saúde de nível local e nas localizadas em áreas rurais, em que a profissionalização da força de trabalho em saúde é mais incipiente e onde as relações patrimonialistas e populistas utilizam a ocupação dos postos de liderança dos serviços de saúde, de acordo com critérios de divisão do poder partidário e das lideranças locais (DENNILL, 2014).

Vale lembrar que as instalações e a infraestrutura dos governos locais também são os principais cenários dos protestos em massa ocasionados pela escassez e má qualidade dos serviços sociais na África do Sul (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; HART, 2013). Porém, ocasionalmente, a

falta de medicamentos é causada por um problema de abastecimento ocasionado pelas empresas fornecedoras do respectivo Departamento de Saúde (DENNILL, 2014).

O outro fator, de natureza econômica e macro política, e que atinge o conjunto das políticas sociais da África do Sul Pós-*apartheid* é o conjunto de restrições orçamentárias do programa de contrarreforma do Estado, o GEAR, assim como dos programas de contrarreforma que o seguiram, e as condicionalidades do financiamento das políticas sociais, como previstas na Constituição Nacional de 1996 (BARBOSA FILHO; VIEIRA & RODRIGUES, 2016; JARA, 2013; VAN RENSBURG, & ENGELBRECHT, 2012). Dessa forma, mesmo diante do complexo quadro sanitário da África do Sul democrática, que apresenta, simultaneamente, uma carga de adoecimentos e mortes ao mesmo tempo semelhante à de países de capitalismo central e periférico (MAYOSI *et al.*, 2009; RISPEL & MOORMAN, 2013), o financiamento, até mesmo da lista de medicamentos essenciais, é condicionado pela política de saúde fiscal. Estas restrições, que durante a primeira década da democracia foram contínuas e crescentes, tornaram mais complexa a crise da saúde no país. A desindexação do PIB em relação aos gastos com as políticas de saúde e de seguridade social, exposta na Constituição Interina de 1993 e reafirmada na Constituição de 1996, continua a ser uma realidade durante os 21 anos de democracia e é amplamente utilizada para manter subfinanciadas as políticas sociais, ao mesmo tempo em que são ampliados os programas de transferências de renda, sobretudo as *social grants*, voltadas majoritariamente às crianças e adolescentes em idade escolar, e os programas básicos de saúde.

Já o documento *The White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa*, lançado em 1997, um ano após a publicação do GEAR, assim como o *National Health Plan*, propôs um sistema nacional de saúde unificado, baseado na abordagem da atenção primária em saúde e organizado por meio de distritos de saúde, *District Health System* (DHS), para garantir a implementação descentralizada e eficiente do sistema. O documento também definia o papel do Departamento Nacional de Saúde, incluindo as funções das diferentes diretorias e de cada uma das três esferas do governo na implementação do Sistema Nacional de Saúde. Segundo o White Paper, o conjunto de políticas, programas e serviços de saúde deveria responder às necessidades em saúde mais comuns na África do Sul e atribuir centralidade à abordagem da atenção primária em saúde.

O *White Paper* contém os objetivos políticos e os princípios em que o sistema único de saúde da África do Sul deveria se fundamentar e as estratégias necessárias para garantir as necessidades básicas de saúde dos sul-africanos, dentro dos limites financeiros estabelecidos pelo plano de ajuste neoliberal e considerando os setores público e privado de saúde como atores do sistema nacional de saúde.

Uma estratégia para financiar o novo sistema nacional de saúde foi acordada. Além dos recursos do fundo de saúde, outras fontes de financiamento foram propostas para incrementar a receita destinada à esta política social. A primeira fonte de financiamento proposta era um Seguro Nacional de Saúde, *The National Health Insurance* (NHI), que, como foi visto, era uma forma de responder às desigualdades de cobertura criada e/ou aprofundadas pelos seguros privados de saúde. A segunda eram as taxas de serviços de saúde não-gratuitos pagas em hospitais públicos.

O *Green Paper*, o Livro Verde, do NHI, foi publicado em 12 de agosto de 2011, sendo um dos principais documentos de lançamento sobre a concepção do novo Sistema de Saúde da África do Sul. Ele aponta que o sistema será implementado gradualmente, em três fases, ao longo de um período de 14 anos. A implementação do NHI visa garantir o acesso universal aos cuidados de saúde de qualidade em uma base mais sustentável e equitativa do que a existente atualmente para toda a população. A implementação do sistema é apresentada no *Green Paper* e no novo plano de governo do ANC para as eleições de 2014, o *Together We Move South Africa Forward* (“Juntos Movemos a África do Sul Adiante”), como uma prioridade do Governo.

Os objetivos do NHI são: o aumento da expectativa de vida; a diminuição da mortalidade materna e infantil; combater a epidemia de HIV/AIDS e diminuir a carga de adoecimento por tuberculose e, por fim, reforçar a eficácia do sistema de saúde. Além desses objetivos, o Sistema vem discutindo e tentando regular o papel da iniciativa privada na saúde. O controle das elevadas tarifas dos serviços privados de saúde, como uma estratégia de aumento da cobertura do NHI, é uma das metas do Governo de Jacob Zuma.

Por meio destes processos de organização gerencial, no modelo de atenção e no financiamento, o Departamento Nacional de Saúde objetivava prover serviços de saúde básicos

para todos os sul-africanos dentro de dez anos. O NHI ainda não foi nacionalmente implantando, permanecendo como um dos principais desafios à universalização da atenção primária no Sistema de Saúde Sul-africano.

Outras questões abordadas no *The White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa*, que assumem centralidade para a proposta de implantação de um sistema único de saúde e o seu estado atual são apresentados no quadro abaixo:

QUADRO 6: PROPOSTAS DO THE WHITE PAPER FOR THE TRANSFORMATION OF THE HEALTH SYSTEM IN SOUTH AFRICA A PROPÓSITO DA IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

- | |
|--|
| <p>1. Complexos acadêmicos de saúde: os tratamentos mais especializados, complexos e caros, como transplantes de órgãos, deveriam ser disponibilizados em hospitais classificados de <i>Academic Health Complexes</i>. Estas unidades de saúde de alta complexidade e pesquisa não existiam em todas as nove províncias da África do Sul Pós-<i>apartheid</i>, mas estariam acessíveis a todos os sul-africanos por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência dos Distritos Sanitários e Departamentos de Saúde de cada província, que deveriam atribuir natureza de um sistema único de saúde à política nacional de saúde. Em outras palavras, os complexos acadêmicos foram reconhecidos pelo Estado como patrimônios nacionais, rompendo a lógica tradicional do sistema de saúde da África do Sul de reproduzir os mesmos serviços em cada uma das províncias, sem necessariamente responder a uma demanda existente, sendo uma das primeiras expressões concretas de criação de um sistema único de saúde.</p> |
| <p>2. Serviço nacional de laboratórios de saúde: o principal problema herdado do sistema do <i>apartheid</i> na prestação de serviços laboratoriais é a desigual distribuição dos mesmos. Enquanto em algumas áreas eles estão concentrados e duplicados, de acordo com as linhas raciais e de classe social do antigo regime, como as áreas urbanas e tradicionalmente ocupadas por brancos ou pela elite econômica, em outras eles são escassos como as áreas rurais, os assentamentos informais e os antigos bantustões. Os serviços laboratoriais também demandam melhorias gerenciais e de coordenação. Mesmo com as dificuldades, estes serviços passaram por expressivas melhorias. O <i>National Health Laboratory Services</i> (NHLS) é apresentado como o maior serviço de diagnóstico de patologias do país, responsável pelo suporte laboratorial a todos os níveis de serviços de saúde na oferta de cuidados em saúde. O NHLS oferece serviços laboratoriais e serviços secundários a mais de 80% da população sul-africana. Os programas prioritários são o Programas de</p> |

HIV/Aids e o Programa de Tuberculose. Além disso, o NHLS se estrutura com o propósito de viabilizar de forma eficiente e sustentável serviços laboratoriais aos programas de atenção primária, desenvolvidos no nível local e nos distritos de saúde.

- 3. Plano de pesquisa essencial em Ssaúde** – a importância do *Essential National Health Research* (ENHR), que lida com os maiores problemas de saúde do país, é enfatizada no Documento como o papel deste Plano em auxiliar a tomada de decisão do Departamento Nacional de Saúde, por meio da geração de evidências e estudos, no intuito de promover saúde e desenvolvimento em sintonia com os princípios de equidade e da justiça social.

Neste intuito, em 2001, a Política de Pesquisa em Saúde foi elaborada e teve sua implementação iniciada. Ela foi desenvolvida para garantir que a agenda de pesquisa da África do Sul se concentrasse em estudos que pudessem ser aplicados para tornar mais efetivos os serviços de saúde. Pesquisa aplicada aos serviços e programas de saúde também foi identificada como necessária para determinar a efetividade e o impacto das políticas e programas de saúde que almejavam superar a herança sanitária do *apartheid*.

- 4. Sistemas de Informação em Saúde:** O *White Paper* propôs a criação de um Comitê Nacional de Sistemas de Informação de Saúde para a África do Sul, *National Health System Committee of South Africa*. O Comitê foi estabelecido por membros do Governo, acadêmicos, institutos de pesquisa e representantes da iniciativa privada.

Um ano antes de assumir centralidade entre as propostas do *White Paper*, foi implantado o Programa de Sistemas de Informação em Saúde, *The Health Information System Programme* (HISP). Este foi implementado como projeto piloto em três distritos de saúde da Província de Western Cape. Para viabilizar este processo, um conjunto de dados essenciais foi estabelecido juntamente com um software para a criação de um Sistema de Informação de Saúde do Distrito, *District Health Information System* (DHIS).

Este sistema foi difundido em todas as províncias no ano 2000. O processo de coleta de dados nos distritos sanitários começou sendo feito por meio do preenchimento manual de fichas. Recentemente, a partir da segunda metade dos anos 2000, instrumentos eletrônicos de coleta foram introduzidos para facilitar o processo de coleta dos dados. Mesmo com a recente informatização, a qualidade destes dados é geralmente pobre e tem valor limitado para o planejamento das atividades e alocação de recursos. Este sistema de informações em saúde também foi distribuído por outros países da África Austral e da Ásia, onde vem sendo adaptado e amplamente utilizado, sendo importante ressaltar que a reforma do sistema de saúde da África do Sul democrática tem sido modelo para outros países da África.

Em 2003, foi lançado o *National Health Act* (Act 61 of 2003), este Ato nacional designou a responsabilidade de criação, implementação e manutenção do sistema de informação em saúde em cada esfera do governo. Já em 2011 foi aprovada uma Política de Gestão dos Sistemas de Informação em Saúde baseada nos Distritos Sanitários. Esta política

almeja fortalecer o sistema de informações. O *software* é o resultado do aperfeiçoamento do DHIS, que poderá permitir a geração de mais informações necessárias à organização do planejamento e oferta de serviços de saúde. O acesso a este sistema de informações não é livre, mas foi publicizado pela Organização independente e não-lucrativa de pesquisa e formação *Health System Trust* (HST). A HST também melhorou a qualidade dos dados e disponibilizou informações sobre a saúde em cada distrito de saúde da África do Sul.

- 5. Formação de Recursos Humanos para a Área da Saúde:** A questão dos recursos humanos é identificada pelo *White Paper* como um dos pontos mais críticos para o desenvolvimento de um sistema nacional de saúde baseado na abordagem da atenção primária em saúde. O documento reafirma o conteúdo de outras políticas: não só a quantidade de profissionais no setor público é insuficiente, a força de trabalho também é insuficientemente formada para atuar segundo a perspectiva da APS.

Diante deste desafio, um time de profissionais do alto escalão do Departamento Nacional de Saúde foi designado para analisar quais componentes teóricos, conceituais e operativos deveriam ser aplicados em uma reforma do currículo de formação superior e técnica dos profissionais de saúde. As funções profissionais de cada profissão da saúde foram revistas, assim como, os componentes curriculares. O objetivo era alinhar formação e trabalho em saúde à abordagem da atenção primária em saúde preconizada no *White Paper* e no RDP.

Fonte: Análise documental do *The White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa* (1997).

Em 2001, foi lançada a Estratégia Nacional de Recursos Humanos com a função principal de analisar os impactos da introdução da abordagem da APS sobre a força de trabalho em saúde e propor respostas aos desafios dos trabalhadores da saúde em materializar um sistema de saúde baseado na APS. Assim como o *White Paper*, o *National Human Resource Strategy* enfatizava a necessidade de mudar a formação e o escopo das práticas dos profissionais de saúde no intuito de implementar a perspectiva da atenção primária em saúde como proposta na Declaração de Alma-Ata.

Mudanças ocorreram desde então na formação dos recursos humanos em saúde, porém nem todas beneficiavam a implementação de uma perspectiva ampliada de atenção primária em saúde, permanecendo como mais comuns os procedimentos assistenciais da APS do que de fato uma reorientação ampliada dos serviços e programas, com centralidade na promoção da saúde e no trabalho de saúde nas comunidades, voltado à educação em saúde, à intersetorialidade e à integração da política de saúde com as demais políticas sociais e na organização das comunidades

para influenciar a tomada de decisões e exercer o controle social na saúde (DENNILL, 2014; RISPEL & MOORMAN, 2013; McINTYRE *et al*, 2009).

Segundo Kathleen Dennill (2014), o que aconteceu com a profissão de enfermagem, sintetiza o que vem ocorrendo em decorrência do impacto das contrarreformas neoliberais sobre a formação de toda a força de trabalho em saúde. O surgimento do enfermeiro generalista foi defendido para lidar com o diagnóstico e tratamento de doenças de menor complexidade, no nível de entrada para os sistemas de saúde e o manejo de pacientes com doenças crônicas. Estes profissionais ficaram conhecidos como enfermeiros de Cuidados Primários em Saúde, *Primary Health Care Nurses*. A cultura profissional assistencialista e hospitalocêntrica e a falta de docentes e preceptores nos serviços e faculdades de saúde, permitiram que a formação e as práticas profissionais permanecessem predominantemente focadas nos componentes curativos da APS, negligenciando uma práxis mais abrangente e evidenciando as dificuldades em superar a centralidade da intervenção sobre a doença e o modelo biomédico e assistencialista de saúde.

Durante o mesmo período, o dos primeiros dez anos da democracia, a formação do enfermeiro de saúde da comunidade, *Community Health Nurses*, quase desapareceu, pois agora os componentes de saúde na comunidade não conformavam mais uma habilitação profissional, mas um componente curricular básico da formação em Enfermagem. Sendo assim, todos os profissionais que passaram pelos componentes básicos de APS na formação superior estariam, em tese, habilitados para desenvolver as funções de enfermeiro de saúde da comunidade. Isto provou não ser eficaz, já que os profissionais de enfermagem, diante da cultura profissional e dos espaços sócio-ocupacionais que tradicionalmente ocupavam e ainda ocupam na África do Sul, tendem a ser mais voltados às intervenções curativas do que às preventivas ou de promoção da saúde focadas na comunidade e nos ambientes de trabalho e moradia. Dennill (2014), Rispel e Moorman (2013) também apontam que a prática destes profissionais, geralmente, também continua centrada no indivíduo e na cura das doenças, em vez da intervenção sobre as famílias, comunidades ou nas determinações sociais do processo saúde-doença nos territórios dos centros de saúde.

Trabalhos como o de Diane McIntyre e colaboradores (2009) apontam a necessidade de os profissionais de saúde também atuarem no desenvolvimento de práticas profissionais que promovam a superação das desigualdades e da violência entre os sexos, bem como a promoção de comportamentos e estilos de vida não violentos. Este tipo de pauta deveria ser amplamente trabalhado pelos profissionais de Enfermagem, já que, mesmo diante das limitações concretas, são os profissionais de saúde mais numerosos nos serviços públicos na África do Sul e também são aqueles melhor distribuídos entre os serviços e as políticas de saúde, existindo pouco mais de 115.000 enfermeiros em 2013 (103.500 mulheres e 11.550 homens), dos quais aproximadamente 60% trabalha em unidades e serviços públicos de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH OF SOUTH AFRICA, 2013).

Desta forma, o escasseamento dos programas de especialização/habilitação em saúde da comunidade, decorrente da contrarreforma da saúde no sistema de educação superior, que diminuiu o número de faculdades de enfermagem e de cursos de especialização, aumentando o valor das taxas e reduzindo o enfoque da APS a apenas um componente da formação básica, impactou negativamente na transformação dos processos de trabalho em saúde, obstaculizando a efetivação da perspectiva ampliada de saúde. Este Plano Nacional de Recursos Humanos foi encerrado em 2006. Ele estava centrado no treinamento e na formação continuada da força de trabalho em saúde em todas as esferas do Estado. No entanto, o mesmo não foi seguido por uma necessária política de implementação do sistema. Seria, no mínimo, contraditório se esta política fosse amplamente implementada, tendo em vista ocorrer durante o mandato de Thabo Mbeki, em que a restrição fiscal às políticas sociais e o sistema tributário de proteção aos grandes salários, fortunas e transações financeiras alcançava o seu auge e em que o fomento da nova classe média negra à adesão aos seguros privados de saúde era uma realidade.

No mesmo período, (1997-2006) os gastos estatais com saúde continuavam concentrados na iniciativa privada, totalizando 57% do total, apesar do setor mercantil da saúde atender menos de 20% da população. Porém, era crescente o número de negros da nova classe média e da nova burguesia, os chamados *black Diamonds*, que conseguiram acessar os seguros privados de saúde. Sobretudo, os seguros de pior qualidade e de cobertura e de serviços de qualidade mais limitados.

Esta migração evidencia o sucesso da ideologia neoliberal no país em atingir a subjetividade de homens e mulheres, naturalizando a saúde com uma mercadoria, mediada pela condição de consumidor, não de cidadão. Como a subjetividade da elite e das classes médias negras logo se amoldaram ao neoliberalismo sul-africano no campo da saúde, estas pouco se preocuparam com o cumprimento das promessas sociais do *apartheid* de uma revolução democrática e de socialização da riqueza. Como se viu, as transformações da consciência de classe destas frações da população negra, não mais do que 20% do total, foi determinada por sua transição de classe ou pela inserção em circuitos de trabalho central, com altos salários, privilégios de classe e bem-estar social garantido pela via do livre mercado. Na medida em que estes migravam para os seguros privados, eles eram acompanhados por médicos, enfermeiros, dentistas e demais profissionais de saúde que migravam da rede pública de saúde para os hospitais e unidades de saúde privadas. Tendência esta que se aprofundou desde 1994.

Também existe uma diferença substancial na disponibilidade de recursos entre os setores público e privado: menos de 15% da população é usuária dos seguros e serviços privados de saúde, mas 46% de todas as despesas de cuidados de saúde é atribuível aos serviços privados. Em 2005, a despesa anual em planos de saúde e pagamentos privados por cuidados médicos era de aproximadamente 9.500 rands, US\$ 1.170, por beneficiário. Dez anos depois, menos de 50% da população economicamente ativa tem emprego regular e o preço dos seguros privados de saúde cresceu de maneira acentuada, resultando em 18% de cobertura dos planos privados na população de quase 53 milhões de habitantes, sendo 26.581.768 mulheres (51%) e 25.188.797 homens (49%) (ANDREWS & WOLMARANS, 2015). Uma outra dimensão desse *mix* público-privado na saúde é que 21% da população utiliza o setor privado, principalmente, para os cuidados de nível primário, mas, geralmente, são dependentes do setor público para os serviços de atenção hospitalar.

Em 2009, esse segmento da sociedade teve um gasto médio per capita de 1.500 rands, aproximadamente, US\$185 por pessoa. A maioria da população, os 64% restantes, são totalmente dependentes do setor público, para todos os tipos e níveis de serviços de saúde. Para esta maioria, menos de 1.300 rands, cerca de US\$ 160, foram investidos pelo governo para os serviços universais de atenção primária em 2005 (McINTYRE *et al*, 2009). Os principais fatores de custo no setor

privado são os hospitais (mais de 35% das despesas dos planos de saúde) e médicos especialistas (quase 21% da despesa dos sistemas). O aumento dos níveis de despesa do setor privado tem sido um resultado do aumento de custos, que é, em parte, impulsionado pela crescente taxa de serviço do sistema de pagamento do setor privado (GILSON & McINTYRE, 2005; McINTYRE *et al*, 2009; JONHSON & JACOBS, 2012).

Outros problemas com o setor privado de saúde envolvem questões sobre a qualidade dos cuidados clínicos fornecidos por empresas privadas. Embora alguns aspectos dos provedores do mercado tenham padrão de excelência, em algumas áreas, como controle da hipertensão arterial e doenças crônicas não-transmissíveis, não há nenhum mecanismo de Estado responsável pela supervisão da qualidade dos cuidados em saúde prestados pelo setor privado. As pesquisas também destacam deficiências severas do setor privado, por exemplo, no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente na assistência médica integralmente financiada pelo usuário (McINTYRE, 2009).

Desde o fim do *apartheid*, vários movimentos sociais progressistas da sociedade sul-africana vêm questionando a falta de regulação das grandes corporações de serviços de saúde no país, sobretudo os movimentos sociais de HIV/Aids, o custo crescente dos planos de saúde e o *lobby* político exercido recentemente por estas empresas nacionais e estrangeiras de planos de saúde para estagnar a materialização do novo *National Health Insurance* (NHI), ou seja, o Seguro Nacional de Saúde. Estes sujeitos sociais progressistas vêm defendendo a responsabilidade estatal sobre a saúde, evocando o Artigo 27 da Constituição Nacional de 1996, que aborda o direito à saúde.

Como foi analisado no item 3.1, o processo de supercapitalização da política de saúde foi iniciado ainda pelo Partido Nacional como resposta à crise global de acumulação de capital na África do Sul e à necessidade da autocracia racial em expandir os gastos públicos com artefatos militares. Porém, mais surpreendente do que isso é como o complexo privado de saúde da África do Sul conseguiu se expandir e garantir os subsídios estatais e dos trabalhadores para continuar a se reproduzir segundo este insustentável modelo e com pouca preocupação sobre as doenças e

riscos à saúde mais comuns na população sul-africana, mesmo durante o Governos do ANC e de vinte anos de tentativas de transformar o sistema público de saúde em um bem realmente público e coletivo. Esta habilidade do setor privado de saúde da África de Sul para sobreviver e se expandir no meio de tantas transformações societárias, desde o fim do período colonial, embora não seja o foco desta pesquisa, precisa ser ressaltada e discutida em novos estudos.

Em 2012, durante o primeiro mandato de Jacob Zuma, uma nova Estratégia Nacional de Recursos Humanos foi lançada, defendendo que esta seria fundamental para melhorar os ambientes de trabalho, superar a falta de formação e o lançamento de uma política de avaliação para otimizar os resultados da força de trabalho em saúde. Ainda existem poucos estudos sobre os impactos e o nível de implementação desta nova política de formação de recursos humanos. Mas, talvez seja mais importante evidenciar as opções político-ideológicas de Jacob Zuma, que podem tornar céticos os mais esperançosos em relação a rupturas significativamente progressistas no Sistema Nacional de Saúde da África do Sul Pós-*apartheid*, embora a materialização de serviços sociais seja reconhecida como o principal desafio à Zuma desde o seu primeiro mandato, como foi identificado na pesquisa de Kondlo (2010).

Entre estas opções políticas, vale destacar a continuidade das restrições fiscais e das políticas neoliberais lançadas pelo GEAR, o crescimento anual do preço da formação universitária sul-africana, em que, mesmo nas universidades públicas, ocorre a cobrança de taxas, impossíveis de serem pagas pela maioria dos estudantes negros e *coloured*, a não aprovação do salário mínimo nacional, a permanência da desindexação entre PIB e investimento em políticas sociais e a priorização dos interesses das frações do capital financeiro do Complexo Mineral e Energético, que submetem a força de trabalho negra a salários inferiores aos mínimos necessários à reprodução da sua força de trabalho e a repressão exercida pela forma política burguesa contra a classe trabalhadora, como evidenciou o massacre de Marikana.

Exatos 10 anos após o lançamento do *National Health Plan*, em 1994, que buscou responder às necessidades em saúde de todos os sul-africanos, foi publicado o *National Health Act* (Act 61 of 2003). Esta Política de reorganização do sistema de saúde foi lançada porque, mesmo com os

avanços conquistados pelo Departamento Nacional de Saúde, a partir do meio do *National Health Plan*, a implementação das políticas, programas e serviços de saúde permanecia deficitária, em grande parte por não existir legislação que desse suporte à implementação do novo sistema nacional e do seu enfoque em uma perspectiva ampliada de APS (DENNILL, 2014; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012).

O *National Health Act* foi assinado pelo presidente da república, Thabo Mbeki, em 23 de julho de 2004, e representou uma importante medida de transformação do sistema nacional de saúde da África do Sul. Este atraso de uma década na regulamentação do sistema de saúde pode ser atribuído à resistência de setores da elite do ANC e do capital, que defendiam que a liberdade conquistada com o fim do *apartheid* também representava menos intervenção do Estado sobre as condições de vida dos cidadãos sul-africanos (BUTLER, 2012; PATEL, 2013). Como se vê, uma formação ideológica totalmente orientada pela matriz discursiva neoliberal.

Além do crônico subfinanciamento, esses grandes hiatos temporais entre a formulação das políticas de saúde, a formulação da legislação necessária para ordenar o processo de implementação e a complexidade dos processos de execução têm sido, desde a redemocratização, um dos principais problemas na materialização do sistema nacional de saúde, segundo o modelo pós-*apartheid* (DENNILL, 2014; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012; PATEL, 2013).

O conteúdo do *National Health Act*, Número 61 de 2003 pode ser resumido no seguinte quadro.

QUADRO 7: CONTEÚDO DO NATIONAL HEALTH ACT, NÚMERO 61 DE 2003

Capítulo	Conteúdo
Capítulo 1	Estabelece a estrutura do <i>National Health System</i> sul-africano sob a liderança do Ministro da Saúde, que tem a responsabilidade de proteger, promover e manter saudável a população do país.

<p>Capítulo 2</p>	<p>Expressa os direitos dos cidadãos como parte do sistema de cuidado de saúde. Segundo este capítulo, os sul-africanos têm direito à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência médica em caso de urgências e emergências; • Ter total conhecimento sobre a sua condição de saúde; • Exercitar o consentimento informado; • Participar das decisões relacionadas à sua saúde; • Ser informado quando estiver participando de projetos de pesquisa; • Confidencialidade; • Ter acesso aos seus prontuários e registros sobre a sua saúde; • Reclamar dos serviços de saúde; <p>Contudo, os usuários do sistema nacional de saúde, em todas as situações, têm a responsabilidade de tratar os trabalhadores da saúde com respeito.</p>
<p>Capítulo 3</p>	<p>Define a estrutura do Departamento Nacional de Saúde, <i>Department of Health</i> (DOH), e a formação dos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conselho Nacional de Saúde, <i>The National Health Council</i>, uma instância de tomada de decisão sobre a política nacional de saúde formado pelo ministro da saúde, pelas autoridades máximas de saúde das nove províncias, assim como, a participação de representantes da política de saúde dos governos locais. • O Fórum Nacional Consultivo de Saúde, <i>The National Consultative Health Forum</i>, formado por um corpo amplo de especialistas do sistema de saúde.
<p>Capítulo 4</p>	<p>Define a estrutura e as funções de saúde das nove províncias, <i>Provincial Department of Health</i> (PDOH).</p>
<p>Capítulo 5</p>	<p>Descreve a formação do sistema de saúde distrital, <i>district health system</i> (DHS) e determina o modo como esta política de organização regional dos serviços de saúde, baseada nos princípios da APS, pode ser utilizada para promover serviços de saúde e programas de cuidados de forma eficiente, efetiva e que respondam às necessidades de saúde da comunidade.</p>

Capítulo 6	Aborda o processo de registro e licenciamento de todos os serviços de saúde, tanto públicos, como privados, junto ao Departamento Nacional de Saúde. O capítulo também expõe uma série de normas e padrões básicos que servem para mensurar e avaliar todos os serviços e saúde, assim como a distribuição dos mesmos. Um dos objetivos deste capítulo é assegurar que os serviços de saúde respondam às reais necessidades em saúde de todos os sul-africanos.
Capítulo 7	É dedicado à discussão sobre recursos humanos em saúde. O ponto central do capítulo é o planejamento nacional que visa garantir a quantidade e a qualidade do treinamento da força de trabalho em saúde, necessária à distribuição dos trabalhadores entre os serviços de saúde das áreas urbanas e rurais.
Capítulo 8	Discute as melhores práticas no uso de sangue humano, hemoderivados, tecidos e órgãos humanos para transplante. O capítulo também aborda questões como a clonagem de seres humanos.
Capítulo 9	Garante os direitos de todos os cidadãos de estarem protegidos de pesquisas antiéticas, por meio da criação de um Conselho Nacional de Ética de Pesquisa em Saúde, <i>National Health Research Ethics Council</i> , e de Comitês Regionais de Ética em Pesquisa de Saúde, <i>Regional Health Research Ethics Committees</i> .
Capítulo 10	Aborda o alcance e a manutenção de padrões e normas básicas que todas as unidades e serviços de saúde devem atingir.
Capítulo 11	Dá o poder e a responsabilidade ao ministro de saúde para desenvolver as regulamentações necessárias à <i>implementação</i> do Ato Nacional de Saúde Nº 61 de 2003.
Capítulo 12	Apresenta um roteiro necessário à nomeação de pessoas ou comitês para garantir que o conteúdo do <i>National Health Act</i> seja implementado, para atingir os objetivos de Política Nacional de Saúde.

Fonte: Análise documental do *National Health Act*, Número 61 de 2003.

O *National Health Act* é diretamente relacionado à agenda de direitos sociais da Constituição Nacional de 1996 e demarcava a estrutura organizacional e operativa em que o Sistema Nacional de Saúde deveria funcionar. Até a atualidade, as regulamentações, decretos e conjunto de princípios e diretrizes operacionais que visam conformar amplamente a Política Nacional de Saúde a partir do *National Health Act* (61 de 2003), especialmente no tocante ao

financiamento e responsabilidades sanitárias do Estado, continuam em lento desenvolvimento. Mais uma vez, o atraso na elaboração das regulamentações necessárias tem restringido a implementação dos serviços de saúde, assim como o subfinanciamento (DENNILL, 2014; JONHSON & JACOBS, 2012).

Em 2008, um Plano com dez componentes estratégicos, que ficou conhecido como *Ten Point Plan*, foi elaborado pelo Departamento Nacional de Saúde para fomentar a implementação e aperfeiçoamento do sistema nacional de saúde, assim como, auxiliar na realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio, *Millennium Development Goals* (MDG). Dando continuidade ao prisma de abordagem, estas eram majoritariamente estratégias de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e eram componentes fundamentais do *DoH Strategic Plan for 2009 – 2014*. Vale recordar que junto com um novo Plano Nacional para a Saúde se iniciava o primeiro mandato presidencial de Jacob Zuma, com o seu discurso político mais alinhado ao desenvolvimentismo, ao patriarcado, aos valores tribais e a uma maior intervenção do Estado sobre as expressões da questão social (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; HART, 2013).

Os dez componentes prioritários do *Strategic Plan for 2009 - 2014* eram:

1. Provisão de liderança estratégica e criação de um pacto social para melhores resultados em Saúde;
2. Implementação do Seguro Nacional de Saúde, o *National Health Insurance* (NHI);
3. Melhorar a qualidade dos Serviços de Saúde;
4. Inspeccionar o sistema de serviços de saúde e aperfeiçoar a sua gestão;
5. Melhorar a gestão, planejamento e desenvolvimento de recursos humanos;
6. Revitalização da infraestrutura das unidades e serviços de saúde;

7. Implementação urgente do Plano Estratégico Nacional para HIV/Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis e priorização das ações de controle sobre a tuberculose e outras doenças transmissíveis;
8. Mobilização de Massa para melhorar a saúde da população;
9. Revisão da Política de Medicamentos;
10. Fortalecimento da Pesquisa e Desenvolvimento.

O conteúdo do *Ten Point Plan* está sintetizado no quadro seguinte:

QUADRO 8: PONTOS DE DISCUSSÃO E OBJETIVOS DO TEN POINT PLAN

Pontos	Conteúdo dos Objetivos
<p>1. Provisão de liderança estratégica e criação de um pacto social para melhores resultados em Saúde</p>	<p>O objetivo desta prioridade estratégica é garantir que exista uma ação unificada em todo o sistema de saúde. Isto requer planejamento adequado e participação das províncias, comunidades e seus líderes do setor saúde. Outra característica fundamental desta estratégia é o desenvolvimento anual de um Plano Nacional Integrado de Saúde em conjunto com os Departamentos Provinciais de Saúde. Este plano anual será utilizado para informar e desenvolver um orçamento nacional de saúde a ser apresentado ao Controle Financeiro do Tesouro Nacional. A estratégia também visa a constante revisão das políticas e programas adotados, a fim de atingir as metas do setor da saúde, que deverá ser realizada trimestralmente, anualmente e a cada dois anos. O papel de um Comitê Consultivo Ministerial sobre Saúde, <i>Ministerial Advisory Committee on Health</i> (MACH), será o de supervisionar vários aspectos do fortalecimento do setor da saúde, incluindo os recursos humanos, informação, produtos médicos, finanças, liderança e governança, a prestação de serviços, tecnologia e infraestrutura. Reportando-se diretamente ao Ministro da Saúde, o MACH também será responsável pela criação de diversas equipes de trabalho técnico para auxiliar no cumprimento de seus mandatos. Treze equipes de consulta comunitária devem ser estruturadas para obter a avaliação das comunidades em suas experiências e recomendações sobre questões de prestação de serviços de saúde ao redor do país. Políticas e diretrizes relativas à provisão de</p>

	<p>cuidado domiciliar e baseados na comunidade serão desenvolvidas e um processo incremental para fornecer ajuda financeira a cuidadores pertencentes às comunidades mais pobres será iniciado. A construção da capacidade e habilidade de estruturas de governança para cumprir significativamente suas funções e responsabilidades também tem sido identificada como uma prioridade. Um manual de treinamento para os gestores e diretores de hospitais será desenvolvido. No entanto, deve ser dada atenção prioritária para o reforço da capacidade das equipes e gestores para mobilizar a sua participação ativa a nível das bases, ainda nos centros comunitários de saúde.</p>
<p>2. Implementação do Seguro Nacional de Saúde, o National Health Insurance (NHI)</p>	<p>Esta estratégia busca estabelecer a implementação de um Seguro Nacional de Saúde, por meio do lançamento de um projeto aberto para a consulta e comentários da sociedade civil. Utilizando-se de um enfoque inclusivo e participativo, os arranjos organizacionais e institucionais para implantar o NHI serão introduzidos. Entre 2011 e 2012, a política de cobrança de taxas de serviços de saúde seria completamente retirada para pessoas vivendo em condição de indigência.</p>
<p>3. Melhorar a qualidade dos Serviços de Saúde</p>	<p>Melhorar a qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde é uma das principais estratégias do <i>Ten Point Plan</i>. A melhoria na qualidade do atendimento deverá ocorrer por meio de padrões de medição e avaliação para solucionar os problemas mais latentes. Neste intuito, as normas vigentes para unidades de saúde na África do Sul foram estendidas para as unidades de atenção primária em saúde, visando reorientar o trabalho e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a fim de garantir a provisão segura e respeitosa de cuidados clínicos de alta qualidade com o apoio do sistema de saúde. Para monitorar a oferta dos serviços de saúde, a implementação do Plano de Melhoria da Qualidade é fundamental para todos os distritos de saúde, sobretudo, para os dezoito sub-distritos que ficaram abaixo da performance média em saúde materna e infantil, medidos nas Metas do Milênio 4 e 5. As unidades de saúde ao redor do país vêm sendo aperfeiçoadas e reformadas por meio do Programa de Revitalização Hospitalar, <i>Hospital Revitalization Programme</i>. Este Programa auxilia na intensificação e refino da melhoria da qualidade de serviço nas unidades de saúde. As instalações serão incentivadas e monitoradas na implementação dos planos de prevenção de infecção e planos de controle gerencial. Como parte do programa de alcançar um bom serviço a nível da instalação, todas as instalações de cuidados de saúde primários serão visitadas por um supervisor, pelo menos uma vez por mês, e por uma ouvidoria, que irá receber e investigar todas as queixas relativas à</p>

	<p>qualidade do atendimento. A perspectiva era de que este programa estivesse em pleno funcionamento entre os anos de 2011 e 2012.</p>
<p>4. Inspeccionar o sistema de serviços de saúde e aperfeiçoar a sua gestão</p>	<p>Sistemas sólidos de gestão financeira serão postos em prática para melhorar os resultados da auditoria. Os padrões de gastos provinciais serão monitorados em uma base mensal e visitas trimestrais de auditores ocorrerão em cada província. Equipes de gestão distrital serão criadas em todos os 52 distritos de saúde. Essas equipes participarão de uma série de treinamentos e formações direcionados a ajudá-los a desenvolver e acompanhar os planos distritais de saúde. As nove províncias também serão apoiadas para desenvolver conselhos de distritos de saúde. A gestão dos hospitais também será reforçada com 150 diretores de hospitais sendo direcionados para a inscrição em um Programa de Treinamento de Gestão Hospitalar. Até o final de março de 2012, 60% de todos os diretores de hospitais deveriam estar inscritos neste Programa.</p>
<p>5. Melhorar a gestão, planejamento e desenvolvimento de recursos humanos</p>	<p>Grande importância será dada ao planejamento, à gestão e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Isto inclui garantir que todas as províncias tenham desenvolvido e iniciado a implementação de um plano de recursos humanos que seja coerente com os objetivos de provisão de serviços. Como parte de um processo detalhado de planejamento e previsão para as várias categorias de recursos humanos para a saúde para os próximos cinco anos, o Plano defende a reabertura de faculdades de enfermagem, a fim de garantir a acelerada formação de enfermeiros. Estratégias para a formação das demais categorias de trabalhadores da saúde deverão constar no novo Plano Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que deveria ser lançado entre 2010 e 2011.</p>
<p>6. Revitalização da infraestrutura</p>	<p>Diretrizes políticas para auxiliar as províncias em um plano preventivo de manutenção da sua infraestrutura de serviços de saúde serão desenvolvidas. Relatórios regulares sobre o progresso do Programa de Revitalização dos Hospitais serão analisados pelo Conselho Nacional de Saúde. A estratégia de revitalização da infraestrutura física ainda prevê a priorização do estabelecimento de parcerias público-privadas para facilitar a construção e/ou a reforma das unidades de saúde assim como a priorização de revitalização das unidades de atenção primária. A estratégia ainda propõe a condução de uma auditoria nacional de toda a infraestrutura de atenção primária em saúde do país.</p>
<p>7. Implementação Urgente do Plano Estratégico Nacional</p>	<p>O objetivo desta meta é garantir a implementação das várias orientações de tratamento e fortalecer intervenções preventivas. Reconhecendo a estreita relação entre tuberculose extensivamente resistente (tipo XDR)</p>

<p>para HIV/Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis e priorização das ações de controle sobre a tuberculose e outras doenças transmissíveis</p>	<p>e a tuberculose multirresistente (tipo MDR), o Programa Nacional de Tuberculose será fortalecido. Algumas das metas nesta área são: em 2012, 95% das crianças expostas ao HIV deverão estar recebendo o antirretroviral, mais de 70% dos homens realizado o teste de HIV até o ano de 2010, bem como a ampla distribuição de preservativos masculinos e femininos. Ao mesmo tempo, deverá assumir centralidade o desenvolvimento de cuidadores comunitários, treinados para prover cuidado domiciliar às pessoas com HIV/Aids e/ou tuberculose.</p>
<p>8. Mobilização de Massa para melhorar a saúde da população</p>	<p>A elaboração de uma estratégia de políticas integradas de saúde que visa a promoção de estilos de vida saudáveis com foco em nutrição, atividade física, controle do tabagismo, controle do consumo de álcool e do abuso de substâncias psicoativas e o fomento às práticas sexuais mais seguras que irá compor todos os planos provinciais de promoção da saúde, desenvolvidos entre 2009 e 2010. Neste intuito de promover vidas mais saudáveis, também será lançada uma iniciativa nacional para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil, sobretudo, nos 18 distritos de saúde prioritários. Isto visa reduzir alta morbidade e mortalidade nas unidades de saúde, implementando o Programa de Gestão Integrada de Doenças da Infância e o Programa de Identificação Perinatal. Isto inclui o fornecimento incremental de duas vacinas (Prevenar e Rotatrix), que ajudam a evitar mortes ocasionadas por pneumonia e diarreia, respectivamente. O Departamento também vai procurar melhorar a sua gestão de doenças não transmissíveis, particularmente hipertensão e diabetes.</p>
<p>9. Revisão da Política de Medicamentos</p>	<p>A proposta é melhorar a gestão da informação sobre a oferta de medicação e introduzir o monitoramento do uso de medicamentos nas províncias, de maneira progressiva. Com este objetivo, o Departamento Nacional de Saúde pretende chegar a zero (0%) de perda de medicamentos antirretrovirais para o tratamento de HIV/Aids e para o tratamento da tuberculose em todas as nove províncias. A estratégia de revisão da política de medicamentos também prevê a contratação de uma equipe de consultores externos ao Governo, para conduzir uma revisão da Política Nacional de Medicamentos e reforçar a pesquisa relacionada ao tema.</p>
<p>10. Fortalecimento e Desenvolvimento de pesquisas</p>	<p>Mais pesquisas e estudos serão conduzidos para gerar informações e evidências de maneira confiável para subsidiar o planejamento, a provisão e o monitoramento dos serviços de saúde. Com este objetivo, o Departamento Nacional de Saúde deverá revisar e atualizar a sua política de pesquisa, cuja última atualização ocorreu em 2001. Pesquisas sobre</p>

	os resultados alcançados e o impacto da implementação de programas prioritários terão primazia na agenda de pesquisa.
--	---

Fonte: Análise documental do Ten Point Plan 2008.

O sucesso na implementação do *Ten Point Plan* demanda a reestruturação do sistema de saúde, utilizando-se da abordagem da atenção primária em saúde para alcançar as melhores condições de saúde para os cidadãos sul-africanos. A revisão proposta resgata características do Sistema Nacional de Saúde formulado em 1994 e pode ser caracterizada pela retomada dos princípios da equidade, eficiência e efetividade, como expostos no progressista RDP. A proposta do *Ten Point Plan* era de que o sistema de saúde, na segunda década de democracia racial, oferecesse serviços de saúde apropriados e de alta qualidade e que estes fossem de ampla cobertura, integrados e organizados de maneira sistêmica, com participação comunitária e colaboração intersetorial (DENNILL, 2014; FREEMAN, HUNTER & RISPEL, 2015; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012). Este apelo a um maior investimento em infraestrutura e em recursos humanos de saúde foi amplamente utilizado no discurso político de ANC para as eleições e durante o primeiro mandato de Jacob Zuma (2009-2013).

Como parte da contribuição do setor saúde para a estratégia geral de “Uma Vida Longa e Saudável para Todos os Sul-africanos”, *A Long and Healthy Life for All South Africans*, o Ministro da Saúde, assinou um compromisso de melhoria de performance, o *Negotiated Service Delivery Agreement* (NSDA), junto ao presidente Jacob Zuma e aos *premiers* das nove províncias em que ele se comprometia com a realização de quatro metas:

1. O aumento da expectativa de vida
2. A redução da mortalidade materna e infantil
3. Combater o HIV e a Aids e reduzir o adoecimento por tuberculose
4. Fortalecer a efetividade do sistema de saúde

No intuito de tomar por base experiências internacionais exitosas de sistemas nacionais de saúde, o Ministro da Saúde, Aaron Motsoaledi, e os responsáveis pelos departamentos provinciais

de saúde, viajaram para o Brasil no ano 2010, no intuito de obter informações sobre como o Sistema Único de Saúde (SUS) havia formulado e implantado os seus serviços e programas de atenção primária em saúde com foco nas comunidades, territórios e famílias.

A escolha do Departamento Nacional de Saúde se deu por reconhecer o Brasil como um país que obteve significativos resultados na APS pela inclusão e expansão dos agentes comunitários de saúde, como parte das equipes de profissionais de saúde, que atuavam nas comunidades e tomavam os territórios das unidades de saúde não somente como espaços geográficos ou administrativos, mas como espaços dinâmicos onde se estruturam processos de trabalho em saúde em que o objetivo final é a promoção e a manutenção da saúde, por meio de uma série de ações que visam muito mais do que curar doenças (DENNILL, 2014; PILLAY & BARRON, 2011).

Após conhecer a experiência brasileira, o Ministro da Saúde designou uma equipe de especialistas para elaborar um modelo sul-africano de fortalecimento da atenção primária em saúde. Esta equipe elaborou o primeiro esboço de um documento de trabalho adotado para discussão pelo Departamento Nacional de Saúde e demais autoridades de saúde subnacionais no Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2010, com a importante indicação de que o modelo sul-africano de APS deveria se basear nas equipes de saúde da comunidade, como já ocorria em algumas experiências na Província de KwaZulu-Natal. Desde esta conferência, em novembro de 2010, uma série de inovações foram adicionadas ao modelo básico de atenção primária em saúde para o sistema nacional de saúde. A centralidade das equipes de saúde da comunidade e estas inovações para o modelo sul-africano culminaram na elaboração e lançamento, ainda em 2010, do Programa *Re-engineering PHC in South Africa*, pelo Departamento Nacional de Saúde (PILLAY & BARRON, 2011).

Esse documento estava ligado à proposta do NHI e ao *Negotiated Service Delivery Agreement* (NSDA), assinado pelo Ministro da Saúde e pelos governadores de cada província. O documento de Reengenharia ou reestruturação da Atenção Primária em Saúde representava um amplo compromisso do Governo Nacional em alcançar a meta de melhores resultados em saúde para os sul-africanos e de alcançar “uma longa e saudável vida para todos”.

Mais uma vez, o objetivo é reforçar a criação de um sistema nacional de saúde fundamentado na perspectiva da atenção primária em saúde. Porém, neste novo plano de reforma da saúde, o discurso sobre APS sofreu alguns deslocamentos de sentido e significado, se voltando mais sobre as implicações das refrações da questão social na saúde, as determinações sociais da saúde, sem abandonar os rearranjos institucionais e a organização dos serviços de saúde. No que parece ser uma tentativa clara de superar o paradigma e a cultura profissional do setor saúde sul-africano de produzir e reproduzir o discurso biomédico, as práticas curativas e emergencialistas e a perspectiva liberal de política de saúde.

Segundo o Programa de Reengenharia da Atenção Primária em Saúde, o Sistema Nacional de Saúde deve:

1. **Ser focado em responder às necessidades em saúde prioritárias da população sul-africana.** A abordagem deve ser ampliada, integrada e incluir prevenção e promoção da saúde como componentes com a mesma importância que os aspectos curativos do sistema e dos serviços de saúde. A qualidade deste conjunto de serviços de saúde prioritários é fundamental.
2. **Instituir um exitoso funcionamento dos serviços de saúde organizados pelos distritos de saúde, *District Health Services* (DHS).**
3. **Reduzir a morbimortalidade oriunda das principais causas de adoecimento.** HIV/Aids e tuberculose são as mais importantes das doenças prevalentes na África do Sul.
4. **As equipes de saúde devem ser lideradas e organizadas em nível comunitário,** onde as comunidades recebem os serviços de saúde no território onde vivem, através das equipes de saúde da comunidade.

A nova abordagem de atenção primária em saúde, manifesta no *Re-engineering PHC*, atribui centralidade às questões sociais em saúde, enquanto promove cuidados básicos em saúde por meio do envolvimento da comunidade nas ações e serviços de saúde. Esta parece ser uma perspectiva mais proativa de APS, enfatizando intervenções preventivas e de promoção da saúde

em escala comunitária. Mesmo sem eleger a intersetorialidade como um princípio, fica claro que as medidas propostas só alcançarão os resultados esperados se mobilizarem as comunidades e se articularem com outras políticas sociais como a de habitação, saneamento básico, acesso à água, eletricidade e assistência social.

O novo plano de reorganização do sistema de saúde também propõe a ampliação da equipe de serviços básicos de saúde, com a inserção de trabalhadores em saúde da comunidade, *community health workers* (CHWs), conhecidos e/ou pertencentes à comunidade e conhecedores do território, assim como, pelos demais profissionais de saúde, que constituirão pontes com a comunidade por meio dos trabalhadores comunitários em saúde. Fica evidente que a proposta do Departamento Nacional de Saúde para reestruturar a atenção primária em saúde se assemelha àquela do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Sistema Único de Saúde, implantado no Brasil ainda na década de 1990 e elevado à condição de Estratégia de Saúde da Família na década seguinte, diante dos expressivos resultados.

A expectativa do Programa Nacional é de que as intervenções utilizadas para promover atenção primária em saúde para todos ocasionassem melhorias dos indicadores de saúde, como os de morbidade, de mortalidade e a expectativa de vida ao nascer. As intervenções determinadas pelo *Re-engineering PHC* e uma breve discussão sobre as mesmas foram sintetizadas no quadro a seguir:

QUADRO 9: CONTEÚDO DO RE-ENGINEERING PHC

Diretrizes do RPHC	Intervenções Previstas
1. Fortalecimento dos serviços de saúde organizados pelos distritos de saúde	O processo de reengenharia da atenção primária no país não diminui em nada a importância de desenvolver e fortalecer o sistema de saúde baseado/gerenciado de maneira regionalizada e intergovernamental pelos distritos de saúde. Estes continuam a ser os modelos de organização e oferta de serviços de atenção primária em saúde e dos serviços hospitalares dos hospitais distritais. Isto significa que a gestão dos distritos, subdistritos de saúde, assim como, de todas as unidades e

	<p>serviços de saúde dentro dos distritos precisa ser fortalecida segundo a perspectiva da gestão territorial compartilhada; que os planos distritais de saúde precisam ser desenvolvidos e implementados, assim como, os sistemas de informação em saúde precisam ser utilizados para monitorar e fortalecer a oferta de serviços. Tudo isso também significa que a qualidade dos serviços prestados precisa ser melhorada pelo aperfeiçoamento de uma gestão orientada aos serviços básicos de saúde. Neste sentido, as equipes de gestão dos distritos, <i>District Management Teams</i> (DMTs), as equipes de gestão dos subdistritos, <i>Sub-DMTs</i> e os diretores dos hospitais distritais precisam ser responsáveis e responder todas as unidades e serviços de saúde ofertados pelos distritos.</p>
<p>2. O desenvolvimento de equipes de saúde da comunidade que trabalhem sob a perspectiva da APS</p>	<p>Existem muitas evidências, oriundas da experiência de política de saúde de vários países, apontando que a provisão de serviços de saúde baseados na comunidade e nas famílias em relação direta com unidades de saúde de atenção primária são fundamentais para alcançar bons resultados nos sistemas nacionais de saúde, especialmente, na melhoria de indicadores de saúde infantil. O papel dos trabalhadores comunitários de saúde, <i>community health workers</i> (CHWs), em vários países tem contribuído para o alcance de melhores resultados em saúde pública. Mesmo a África do Sul tendo aproximadamente 72.000 trabalhadores comunitários de saúde, os resultados alcançados por estes tendem a ser inferiores ao potencial dos mesmos, sobretudo na área da saúde materna e infantil. Os motivos deste hiato entre potencial e os resultados concretamente alcançados pelos CHWs incluem uma série de fatores como: treinamento, suporte e supervisão inadequados; má distribuição e cobertura insuficiente; falta de conexão e diálogo entre os serviços e programas de saúde que ocorrem nas comunidades e os serviços e programas de saúde que ocorrem nas unidades de saúde; má distribuição e cobertura das equipes de CHWs; recursos financeiros gerenciados por meio de organizações não-governamentais sem a adequada transparência; metas limitadas ou ausência de metas de cobertura e qualidade dos serviços das equipes de saúde da comunidade. O impacto da epidemia de HIV sobre indicadores de saúde básicos também tem contribuído para indicadores de saúde relativamente insatisfatórios na África do Sul, independente das intervenções realizadas pelos <i>community health workers</i>, por outros trabalhadores de saúde e por demais intervenções do setor saúde. Porém, muitos destes fatores poderiam ser corrigidos se os CHWs fossem bem treinados, apoiados e supervisionados com clareza sobre quais as suas funções, as expectativas do sistema nacional de saúde em relação a eles e as suas obrigações com as populações no seu território de trabalho. As novas equipes de saúde fundamentadas na APS foram pensadas como um meio de corrigir as</p>

	<p>limitações na forma em que os serviços de saúde na comunidade são ofertados no país. Cada comunidade deveria ser atendida por uma ou mais equipes de saúde da comunidade, segundo a perspectiva da APS. As equipes de saúde devem ser formadas por um profissional de enfermagem, profissionais de saúde ambiental e de promoção da saúde, além de seis trabalhadores de saúde da comunidade. As principais funções das equipes são promover saúde e prevenir adoecimentos por meio de uma variedade de intervenções baseadas nos conceitos de - comunidades saudáveis, famílias saudáveis, indivíduos saudáveis e ambientes saudáveis. Cada equipe de saúde da comunidade também precisa estar conectada às unidades e programas de atenção primária em saúde por meio do profissional de enfermagem, que é o líder das equipes de APS. Este profissional é o responsável por garantir que o trabalho da equipe esteja orientado pelas metas de provisão de serviços e que os demais membros da equipe sejam adequadamente apoiados e supervisionados.</p>
<p>3. Fortalecimento dos serviços de saúde escolar</p>	<p>Em 2003, o Departamento Nacional de Saúde adotou uma Política de Saúde na Escola, <i>National School Health Policy</i>. Contudo, a realidade é que os serviços de saúde escolar são insuficientemente financiados e, portanto, são desigualmente ofertados entre as nove províncias e dentro destas. Diante desta realidade, o Departamento Nacional de Educação Básica e Desenvolvimento Social, junto com o Departamento Nacional de Saúde, revisou as diretrizes e estratégias da Política Nacional de Saúde Escolar. Segundo o Programa de Reengenharia da Atenção Primária em Saúde, estas novas diretrizes seriam lançadas antes do fim de dezembro de 2011. Embora fosse desejável ter uma enfermeira de saúde escolar em todas as escolas, a realidade é que com 29.000 escolas no país, isso não é possível, a curto e médio prazo. Por conseguinte, propõe-se que os serviços sejam focalizados em escolas majoritariamente frequentadas pelos quintis 1 e 2 da sociedade, os 40% mais pobres dos sul-africanos (as escolas localizadas nas regiões mais pobres do país) e também dar prioridade a um conjunto selecionado de serviços. Estes serviços de saúde escolar se desdobrariam em acompanhar os estudantes durante o ensino básico 1 e ensino básico 2, em aspectos do desenvolvimento infantil como audição e visão, assim como, promover a imunização de todos os escolares, já que a cobertura vacinal ainda é um grande desafio sanitário no país. Além dessas ações assistenciais, programas de educação em saúde seriam ofertados em algumas classes a partir do ensino básico 2, no intuito de difundir informação para estilos de vida mais saudáveis. Diante da necessidade de controlar a epidemia de HIV/Aids e os limitados recursos financeiros, as ações de educação em saúde se focam em educação sexual e</p>

	<p>reprodutiva. É importante apontar que, no documento, os aspectos da saúde reprodutiva que assumem centralidade são o funcionamento biológico do sistema reprodutivo. A perspectiva do Programa de Saúde do Escolar é ampliar os serviços de educação em saúde quando mais recursos forem disponibilizados, conforme descrito na Política revisada. Porém, por limitação dos recursos financeiros e humanos, o Programa deve priorizar as ações básicas de educação sexual e reprodutiva. Para implementar este programa será realizada uma auditoria dos serviços de saúde escolar existentes. Além disso, a contratação de mais pessoal é almejada, através da formação de novos enfermeiros e a contratação de enfermeiros aposentados. A prioridade imediata é fornecer uma gama limitada de serviços nas escolas das regiões mais pobres. Os gestores dos distritos de saúde também deverão assegurar que as equipes de APS na comunidade trabalhem em cooperação com os serviços de saúde escolar. É possível que, em algumas áreas, a equipe de saúde da comunidade forneça a prestação de serviços de saúde do escolar.</p>
<p>4. A criação de equipes de especialistas clínicos sob gestão dos distritos de saúde</p>	<p>Diante da alta mortalidade infantil e materna, manifesta na maioria dos distritos de saúde, inaceitáveis para um país com o nível de desenvolvimento da África do Sul, o Conselho Nacional de Saúde decidiu que cada distrito de saúde deve ser apoiado por uma equipe de especialistas formada por um ginecologista, um pediatra, um anestesista, um médico da família, uma parteira profissional, um enfermeiro especialista em pediatria e um enfermeiro especialista em atenção primária em saúde. Para tal, um grupo de trabalho foi designado para formular como estas equipes de especialistas podem ser estabelecidas, a partir dos recursos humanos e da infraestrutura física existente em cada província. Algumas províncias possuem equipes de especialistas organizadas de maneira regional. Da mesma forma, a maioria das províncias já possuem médicos da família trabalhando nos distritos de saúde. Neste sentido, a proposta do Programa de Reestruturação da APS é formalizar a composição e as funções das equipes de especialistas, uniformizando de maneira sistêmica estas equipes.</p> <p>As funções básicas das equipes de especialistas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a gestão desde o nível da atenção primária até os hospitais distritais; • Garantir que os guias e protocolos de tratamento estejam disponíveis e sejam utilizados por todos os membros da equipe

	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que os equipamentos essenciais estejam disponíveis e que estes sejam corretamente utilizados • Garantir que as reuniões de avaliação sobre mortalidade sejam realizadas, tenham uma de boa qualidade e que as recomendações dessas reuniões sejam implementadas • Dar suporte, supervisionar e atuar como preceptores clínicos e monitorar os resultados das ações em saúde. <p>A chamada para a criação das equipes de especialistas foram abertas no começo de outubro de 2010 e encerradas em dezembro do mesmo ano. Cada distrito de saúde tem a função de nomear seus especialistas, sendo que os distritos com falta de especialistas seriam priorizados na nomeação de especialistas realizada pelo Departamento Nacional de Saúde, deslocando força de trabalho em saúde para as regiões em que esta não é suficiente para a formação das equipes de especialistas necessárias. Além disso, as universidades devem garantir que os profissionais de saúde, em escolas de medicina, enfermagem e demais cursos superiores da saúde circulem nas equipes que serão criadas em cada distrito de saúde. Obviamente, dentro da lógica sistêmica de descentralização e regionalização por meio de distritos sanitários, as equipes de especialistas deverão trabalhar em parceria e de maneira integrada com as equipes e serviços de atenção primária em saúde.</p>
--	--

Fonte: Análise documental do Re-engineering PHC.

Fica claro, a partir da leitura do Programa Nacional de Reengenharia da Atenção Primária que, sem a materialização da descentralização e da regionalização do sistema de saúde, a partir dos distritos de saúde e do aumento do poder político das províncias, a efetivação do sistema de saúde da África do Sul continuará bastante comprometida. Da mesma forma, fica evidente a falta de recursos humanos para executar esta reorganização dos serviços de saúde, decorrente da contrarreforma da saúde e da educação superior. Sendo assim, por mais que o discurso político sobre saúde avance em direção a um sistema de saúde bem mais progressista e universalista, ao menos na atenção primária, os obstáculos estruturais, verdadeiras imposições do grande capital ao Estado democrático, legitimadas pelo ANC, são fatores estruturais para criar esse hiato entre a formulação e a execução das políticas e serviços de saúde.

Menos presente no discurso político cristalizado neste documento, porém mais importante, é a escassez de recursos destinados para efetivar uma política de saúde abrangente e a universalidade da atenção primária em saúde. Aliás, esse - não lugar - do debate sobre os recursos do fundo público é algo muito presente no discurso político sobre saúde, seja nas políticas, seja nos programas nacionais de saúde. Tendo em vista que, desde a redemocratização, os consecutivos governos do ANC mantiveram as políticas sociais acentuadamente subfinanciadas e se voltaram para uma estratégia de desenvolvimento voltada para a criação de empregos em uma economia de livre mercado, marginalizando as funções do Estado de redistribuição da riqueza socialmente produzida por meio das políticas de bem-estar social, seria estranho se o partido evidenciasse e discutisse com participação democrática as fontes e as possíveis novas fontes de recursos para financiar o Sistema Nacional de Saúde.

A análise destas duas décadas de políticas e legislações nacionais de saúde da África do Sul Pós-*apartheid* demonstra também o “não lugar” da racionalidade do socialismo democrático no discurso político do ANC. Em nenhum momento as políticas e programas apontam para o intento de construir uma relação, ao menos de paridade, entre as políticas orientadas à acumulação de capital e as destinadas a reparar a complexa questão sanitária do país. Na verdade, os enunciados das políticas e leis nacionais sobre saúde, mesmo daquelas que contaram com participação popular, é de tratar as restrições ao financiamento da política de saúde como um fato, tendo a política e as necessidades sociais em saúde apenas que se adaptar às demandas do ajuste neoliberal, mesmo que as mais de duas décadas de implantação deste tenham representado o aprofundamento das desigualdades sociais em saúde no país. Quando questionados sobre as incipientes intervenções do Estado nas refrações da questão social, as lideranças do ANC recorrem ao discurso sobre os riscos do chamado “populismo de Estado”, defendendo que rupturas estruturais do Estado com as diretrizes neoliberais teriam efeitos profundamente deletérios a médio e longo prazo.

Já na dimensão organizativa e gerencial do Sistema de Saúde, segundo Dennill (2014), Pillay e Barron (2011) e Rispel e Moorman (2013), sem a efetiva organização dos distritos de saúde, todas as demais ações propostas pelo Programa de reestruturação da APS serão comprometidas. Neste sentido, além dos desafios postos pelo subfinanciamento crônico, um dos

pontos nodais que impedem a organização intergovernamental do sistema de saúde, já citado e discutido, é o da gestão pública.

A gestão pública é precária, especialmente nos níveis com maiores atribuições de execução dos serviços, distritos de saúde e municípios, os principais espaços dos processos de gestão e provisão de serviços de saúde e demais serviços sociais na África do Sul democrática (DENNILL, 2014; MASHELE, 2011; KANYANE, 2010; PATEL, 2013).

A capacidade gerencial nos distritos de saúde precisa ser desenvolvida para garantir a qualidade da implementação dos serviços básicos previstos pelo Programa de Reengenharia da APS. As equipes de gestão dos distritos sanitários precisam ser capazes de executar o planejamento, formular e responder pelo orçamento e prestar contas à população coberta pelos seus serviços (DENNILL, 2014; JOHNSON & JACOBS, 2012; RISPEL & MOORMAN, 2013).

Além disso, os gestores dos distritos de saúde precisam desenvolver espaços de participação comunitária e a intersectorialidade das ações e programas sociais, já que passou a ser mais reconhecida a determinação das refrações da questão social sobre o processo saúde-doença e os limites de governabilidade do setor saúde para responder sozinho ao complexo quadro sanitário da África do Sul. Vale recordar, um dos piores e mais complexos do mundo. Além de socializar o poder político, a participação da comunidade e de suas organizações é fundamental para materializar a perspectiva de atenção primária em saúde adotada a partir do final dos anos 2000, sobretudo desde o primeiro Governo de Jacob Zuma, em que as intervenções sobre os determinantes sociais coletivos do processo saúde-doença assumem maior relevância, no discurso político.

Sem a devida articulação intersectorial e sem um maior investimento em infraestrutura e força de trabalho para as políticas sociais é e será bastante difícil ampliar a perspectiva e as práticas de cuidado, perseguindo a construção de uma sistema de seguridade social, e não só de prestação de serviços sociais, em que as intervenções são voltadas para prevenir, assegurar o não surgimento de condições de vulnerabilidade, de “risco social”, promovendo bem-estar social, ao invés de apenas remediar as consequências do pauperismo, oriundo da lei geral de acumulação de capital e

das assimétricas relações de sexo, gênero e raça que tornam a questão social sul-africana tão complexa quanto grave.

As equipes de gestão e os trabalhadores envolvidos na execução dos serviços de saúde devem ser capazes de utilizar os hospitais distritais como unidades de referência inicial para as equipes de atenção primária em saúde, o que demanda desenvolver novas práticas de gestão em rede. Isto significa a ruptura com as práticas fragmentadoras e assistencialistas que caracterizam os serviços de saúde no país desde o início da sua organização, no fim do século XIX. Portanto, a intrasetorialidade também é uma meta a ser perseguida pelo sistema de saúde da África do Sul democrática, embora a configuração dos distritos de saúde seja uma estratégia para, de fato, construir uma organização sistêmica do sistema de saúde, as práticas assistenciais, de atenção e de gestão precisam incorporar o funcionamento em rede do sistema de saúde.

As equipes de saúde da comunidade, com a abordagem da APS, a exemplo das exitosas experiências encontradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde no Brasil, são a principal estratégia de materialização da nova perspectiva (ampliada) de APS, proposta para o sistema sul-africano a partir do ano de 2010, com base na análise da experiência de universalização da atenção primária em saúde observadas no Brasil e na Tailândia⁷³ (DENNILL, 2014). Segundo o programa sul-africano de saúde na comunidade, as equipes devem cobrir as menores frações dos territórios de cada município e distrito de saúde, demandando a criação de no mínimo 4.000 equipes de saúde da comunidade.

⁷³ É interessante frisar que a comissão do Departamento Nacional de Saúde envolvida na apreciação das experiências internacionais de APS, também investigou o processo de universalização dos sistemas de saúde em países periféricos, momento em que o Sistema de Saúde do Brasil também foi analisado. Logo após as primeiras aproximações ao funcionamento do SUS, os especialistas constataram a intensa participação dos serviços de saúde suplementar e o gasto significativo do Sistema Nacional de Saúde com a compra de serviços privados e com parcerias público-privadas. Isto fez o Departamento Nacional de Saúde Sul-africano desconsiderar o SUS como um modelo a ser seguido pelo sistema nacional do país, já que mesmo sendo universal, gratuito e público enfrentaria, sem êxitos, problemas que a África do Sul já apresentava e esperava superar. Dessa forma, a aproximação ficou restrita à concepção e *know how* da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Mas o número ideal de equipes por território depende de algumas variáveis como: primeiro, a geografia da região, já que mesmo as menores frações do território sul-africano podem apresentar barreiras geográficas significativas. Segundo, o tamanho da população que vive nesses territórios, já que o país apresenta desigualdades expressivas de distribuição populacional, como áreas urbanas que apresentam assentamentos informais, as *townships*, e bairros densamente habitados, alternadas por vastas áreas rurais de baixa densidade populacional. Terceiro, por aspectos epidemiológicos e a carga de adoecimentos, *burden of disease*, prevalente na população do território (DENNILL, 2014; BARROM & PILLAY, 2011; SOUTH AFRICA, 2010).

Como foi visto, cada equipe de saúde da comunidade deverá ser formada por: um profissional de enfermagem, geralmente chamado nos documentos do Departamento Nacional de Saúde de enfermeiro de atenção primária em saúde, *PHC nurses*, que devem liderar as equipes de acordo com a proposta do sistema de distritos de saúde e da APS; e seis trabalhadores de saúde da comunidade, *community health workers*, pertencentes e/ou conhecedores do território e da(s) comunidade(s). A inclusão dos demais membros da equipe básica de saúde da comunidade: um profissional de saúde que desenvolva ações de promoção da saúde, *health promoter*, e um profissional de saúde ambiental, *environmental health practitioner*, estão condicionadas à disponibilidade destes profissionais no território e à existência de recursos para contratá-los.

Os profissionais de enfermagem selecionados para liderar as equipes de saúde da comunidade, geralmente, têm formação e experiência em avaliação clínica, tratamento ambulatorial e hospitalar e cuidados clínicos. Enfermeiras e enfermeiros com habilitação em atenção primária em saúde são raros e extremamente necessários para intervir sobre doenças de menor complexidade nas clínicas e centros de saúde da comunidade. A falta destes profissionais continuará a ser um grande desafio para a criação das esperadas 4.000 ou mais equipes de saúde da comunidade. Outro problema é que enfermeiros com especialização em saúde da comunidade e outros profissionais com mestrado em saúde pública não foram considerados como membros das equipes de saúde da comunidade. A exclusão destes profissionais poderá prejudicar tanto a esperada intervenção interdisciplinar, almejada para implementar as ações de atenção primária em saúde a nível comunitário, como a esperada materialização da perspectiva ampliada do processo

saúde-doença e de APS, que demanda, entre outros, uma maior articulação com as demais políticas e serviços sociais existentes no território.

Vale recordar que a mercantilização da educação, que sempre foi uma realidade para os negros na África do Sul desde a educação básica, se generalizou com o declínio do regime do *apartheid*, na segunda metade da década de 1970, em decorrência das políticas de privatização iniciadas no primeiro mandato de Pieter W. Botha que, conseqüentemente, levaram à crescente precarização dos serviços públicos de saúde e educação (PATEL, 2013). Da mesma forma, as medidas de supercapitalização das políticas sociais, que tomaram forma no país no cenário de transição à democracia (1986-1994) e da África do Sul democrática, diminuíram o número e os programas de bolsas das escolas e centros de formação de profissionais de saúde e elevaram o valor das taxas das universidades e faculdades, fazendo com que a disponibilidade de profissionais fundamentais ao novo sistema de saúde seja muito inferior à demanda.

Segundo Leila Patel (2013), esta política governamental, perpetuada e aprofundada principalmente entre os mandatos de Nelson Mandela e Thabo Mbeki, de reduzir investimento sociais e mercantilizar o acesso e permanência na educação superior atingiram não só quantitativa, como qualitativamente a formação de assistentes sociais, médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, etc como de todas as profissões da saúde.

Na década de 2010, outro desafio se manifesta para a política de saúde de um Estado neoliberal em plena contrarreforma. Como formar, contratar e garantir condições de trabalho aos *community health workers*, atores fundamentais do processo de reestruturação da atenção primária em saúde e do Sistema Nacional de Saúde como um todo?

O levantamento realizado pelo Departamento Nacional de Saúde em 2011, *Community Health Worker Audit Report*, identificou a existência de aproximadamente 72.000 pessoas leigas executando ações consideradas de saúde. Destes, apenas alguns recebiam pequenos salários, a grande maioria realizava estas atividades de maneira voluntária e desenvolviam intervenções de cuidado e atenção domiciliar, aconselhamento sobre início e permanência de tratamento, cuidados paliativos, etc. Estes sul-africanos majoritariamente trabalham apenas para suprir as necessidades

de cuidados em saúde das pessoas mais pobres das suas comunidades. Como era de se esperar, diante da divisão sexual do trabalho e do processo de “feminização do cuidado” observado por Sylvia Chant (2004, 2009) e Helena Hirata (2014) na periferia capitalista, a vasta maioria destes trabalhadores não pagos ou precariamente pagos são mulheres.

As informações sobre estes trabalhadores são escassas, não existem padrões de treinamento e a supervisão de profissionais de saúde de nível superior ou técnico sobre os mesmos varia da incipiência à inexistência, dependendo da região (DENNILL 2014). Tudo isto faz ser muito difícil avaliar e monitorar estes trabalhadores de saúde da comunidade, para garantir que eles tenham as habilidades e o conjunto de conhecimentos teóricos, éticos e interventivos necessários às suas atividades nas equipes de saúde da comunidade. Se as lideranças da saúde no país esperam ocasionar o impacto almejado com a reestruturação da APS e de todos o sistema baseado nos distritos em saúde, formar e profissionalizar estes trabalhadores é fundamental (DENNILL, 2014; RISPEL & MOORMAN, 2013; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012).

Além do mais, a falta de coordenação, gestão e de informação sobre os CHWs dentro das equipes de saúde da comunidade vem sendo um desafio que precisa ser superado. As escolhas políticas do Departamento Nacional de Saúde sobre o presente e o futuro destes trabalhadores, que formam o núcleo da equipe de APS na Comunidade, precisam ser resolvidas o mais rápido possível. Pois, desde a sua entrada na estrutura do sistema nacional de saúde, que vem sendo acompanhada por experiências exitosas, como a testagem e acompanhamento das pessoas soropositivas (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016), a inserção dos trabalhadores de saúde da comunidade é permeada de conflitos e desafios.

Alguns desses conflitos são: como padronizar e universalizar o treinamento destes trabalhadores e como oferecer empregos formais dentro do Sistema Nacional de Saúde. Isto vai demandar a criação de uma nova categoria de trabalhador da saúde, dentro de um contexto de aumento dos investimentos em saúde pública, iniciado desde o fim do segundo mandato de Thabo Mbeki, mas ainda mantidos abaixo do necessário para alcançar a maioria da população sul-africana ou responder aos processos de adoecimento e morte mais complexos e crônicos: como a epidemia

de HIV/AIDS, a tuberculose e a tuberculose multirresistente, e a carga de adoecimentos e mortes decorrente da violência e das doenças crônicas não-transmissíveis. Estas são questões complexas e urgentes, demandam o aumento contínuo de financiamento da política de saúde e são incompatíveis a médio e longo prazo com as diretrizes políticas definidas pelos programas de contrarreforma do Estado implementados pelo ANC, que, mesmo sem a ortodoxia neoliberal dos governos de Mandela e Mbeki, continuaram vigentes no primeiro Governo de Jacob Zuma e no início do seu segundo mandato em 2014.

Mesmo com esses desafios e limitações impostas pelo ajuste neoliberal, que, mesmo em crise, insiste em permanecer direcionando as políticas de Estado, no último trimestre de 2011, 3.000 CHWs foram selecionados pelos governos das províncias para receber treinamento. O intuito, além de formá-los, era reorientar a sua força de trabalho para as metas do Programa de Reestruturação da APS. O currículo da formação focava em temas como a mobilização e organização da comunidade, prevenção e promoção da saúde, trabalho em equipe, e as questões de saúde priorizadas pelo sistema nacional: HIV/ Aids, tuberculose e saúde materno-infantil. Desde então, estes cursos vêm ocorrendo em todo o país, assim como, vêm sendo avaliados para uma futura padronização da formação dos CHWs a ser realizada pelo Departamento Nacional de Saúde.

Em 2011, foram escolhidas 10 equipes de saúde da comunidade, uma de cada uma província e duas na Província de KwaZulu-Natal, para implementação de ações piloto de reorganização das equipes de saúde, por meio da inserção dos CHWs e da nova abordagem de APS. A partir de abril de 2012, a nova composição da equipe de saúde da comunidade começou a ser implementada em todo o país. Os trabalhadores de saúde da comunidade foram alocados nas menores frações territoriais dos distritos de saúde. Suas funções envolvem registrar e visitar as famílias que moram nos territórios cobertos por sua equipe de APS, desenvolver ações de educação em saúde e apoio às famílias adscritas no território, através de ações de promoção da saúde e medidas preventivas (RISPEL & MOORMAN, 2013).

Diante da expressiva presença de organizações não-governamentais nacionais e internacionais, numerosas no país desde a redemocratização, e em decorrência do papel destas

organizações no setor saúde e dos limitados recursos e expertise do Estado no enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, e do consequente repasse de grande parcela das respostas às refrações da questão social a essas organizações do chamado terceiro setor, realizado pelo ANC, desde o Governo de Nelson Mandela, as ONGs foram chamadas para trabalhar em parceria com as equipes de saúde da comunidade, dentro de uma perspectiva de rede público-privada de provisão de serviços sociais⁷⁴. Essa perspectiva de intervenção social básica, um *welfare mix* com forte apelo às parcerias público-privadas, ONGs assistenciais, filantropia empresarial, focalizados nos mais pobres e com forte apelo às famílias, que Bob Deacon (2007) denominou de *safety nets* tomaram forma durante o mandato de Nelson Mandela e durante os mandatos de Thabo Mbeki e o governo interino de Kgalema Motlanthe, mas perderam espaço durante os mandatos de Zuma.

As famílias com mulheres grávidas, crianças recém-nascidas, com menos de seis semanas de idade e/ou com crianças nascidas com baixo peso, são consideradas, segundo o Programa de Reestruturação da APS, como prioridades na oferta de suporte, serviços e cuidados. Também são consideradas prioridades as famílias chefiadas por crianças e adolescentes e famílias com familiares em tratamento de tuberculose ou HIV/Aids. Estas famílias, classificadas como mais vulneráveis, devem ser identificadas para o Estado prover o devido suporte financeiro e de cuidados em saúde e de assistência social, serviços educacionais e profissionalizantes, no intuito de maximizar não só os resultados em saúde, mas o bem-estar social das mesmas. Estes objetivos são louváveis e respondem, até certo limite, às complexas demandas em saúde da África do Sul, determinadas pela pobreza vivida por mais de 16 milhões de sul-africanos e a condição de pobreza extrema enfrentada por outros 10 milhões de sul-africanos. Estes mais de 26 milhões homens e mulheres, que equivalem a mais de 51% da população, pertencentes às frações mais pauperizadas da classe trabalhadora e do crescente exército de reserva, quase que totalmente formada por negros,

⁷⁴⁷⁴ As ONGs têm tido um papel importante, especialmente na provisão de serviços sociais (PATEL, 2013; SITAS, 2010), sobretudo na oferta de serviços de saúde destinados ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e mortalidade materno-infantil (DENNILL, 2014; POSEL, 2008). O mesmo não pode ser dito do papel das mesmas para a formação política dos sujeitos das classes populares e para o controle social sobre o governo, que representam uma fração bem menor destas organizações (PATEL, 2013; MASHELE, 2011; TERREBLANCHE, 2012).

depende exclusivamente dos serviços públicos ofertados e/ou subsidiados pelo Estado, por meio de parcerias público-privadas, e dos serviços prestados por ONGs. Na saúde, a dependência total ou parcial de serviços públicos de saúde é de 80% e entre a maioria negra o uso exclusivo de serviços públicos de saúde é de 64% (DENNILL, 2014; RISPEL & MOORMAN, 2013).

O acesso desses sujeitos aos serviços de saúde, segundo o Programa de Reengenharia da APS, passa em grande parte pela cobertura dos serviços dos CHWs, mas estes além de insuficientes até o momento, como apontam os trabalhos de Dennill (2014), Rispel e Moorman (2013) e de Van Rensburg e Engelbrecht (2012) são tão pobres ou apenas levemente menos pobres e pauperizados do que as famílias e indivíduos que são objeto da sua intervenção. Da mesma forma que a maioria dos sul-africanos negros, a mão de obra destes trabalhadores comunitários de saúde, vale lembrar quase que totalmente feminina, é precariamente paga (quando não é voluntária), ultra explorada, e vivencia a instabilidade e péssimas condições de trabalho, sobretudo nas áreas rurais.

Por exemplo, em março de 2016, o salário dos trabalhadores de saúde da comunidade era de apenas 2.500 rands, cerca de US\$ 180, grande parte destes tinham os seus salários dependentes do repasse de ONGs internacionais, embora trabalhassem executando uma política pública, prevista na Constituição de 1996. Eles ainda reclamam da falta de estabilidade dos empregos, do atraso no pagamento e dos baixos salários. Diante disso, desde 2011, com o início da implementação da reestruturação do PHC, as greves e paralisações destes importantes sujeitos da força de trabalho em saúde da África democrática são acontecimentos constantes.

Essa situação não surpreende, tendo em vista que a expansão dos serviços de saúde, especialmente dos primários, durante os Governos de Jacob Zuma não suprimiu as diretrizes neoliberais iniciadas pelo GEAR e nem a desconexão entre políticas sociais e o Produto Interno Bruto (PIB) sul-africano, que mantem os gastos em políticas sociais condicionados às decisões políticas de existência de recursos ou não, possibilidade aberta pelo Artigo 27 da Constituição Nacional de 1996. Os crescentes, mas insuficientes, investimentos em saúde observáveis nos mandatos de Jacob Zuma também vêm penalizando o Programa de Reengenharia da APS e,

consequentemente, a manutenção e as condições de trabalho dos CHWs, das equipes de APS como um todo e das equipes de especialistas dos distritos sanitários.

Vale salientar aqui que Jacob Zuma, que ainda exerce o cargo, além de ter promovido um maior protagonismo estatal na oferta de serviços sociais, reorientou a política externa para fora dos eixos tradicionais da África do Sul: Estados Unidos da América, Reino Unido, e Alemanha, e se aproximou da China e demais países dos BRICS. Consequentemente, o nível de intervenção direta de ONGs e organizações internacionais do ocidente europeu e estadunidense na África do Sul diminuiu nos últimos seis anos, enquanto que a presença chinesa cresceu vertiginosamente no país e em todo o continente africano (FRENCH, 2014). Howard French (2014) também aponta que as chamadas parcerias sul-sul vêm crescendo, sobretudo na cooperação econômica e tecnológica, mas assim como ocorria em relação às ONGs e organizações de ajuda dos países desenvolvidos, existem, recentemente, uma série de críticas à natureza da cooperação sul-sul na África e na África do Sul. Sobretudo porque estes países (China, Brasil, Índia) seriam mais concorrentes do que parceiros da África do Sul no mercado africano (TERREBLANCHE, 2012).

Independente de quem está com a razão, não se pode negar o impacto social negativo da acumulação por espoliação (HARVEY, 2005), que estes países vêm promovendo em toda a África, mesmo em países mais ricos, como a África do Sul e Nigéria. Em contrapartida, os investimentos destes países vão além dos megaprojetos de monocultura, exploração mineral e infraestrutura, os investimentos em saúde e educação são parte menos perceptível destas relações, mas se voltam, sobretudo a medidas pontuais ou voltadas a doenças e agravos de maior complexidade, como a epidemia de HIV e o tratamento de tuberculose multirresistente, existindo inexpressivo investimento em medidas de promoção ou de atenção primária em saúde.

Neste contexto de expansão da saúde através de um universalismo básico e subfinanciado e dos insatisfatórios indicadores de saúde da criança e do adolescente, ficou claro que as ações de saúde na escola precisam ser avaliadas, fortalecidas e expandidas. A Política Nacional de Saúde do Escolar, *The School Health National Policy*, lançada em 2003, teve a sua implementação iniciada no mesmo ano. A limitação do êxito na implantação da mesma, assim como da maioria dos

programas nacionais de saúde, foi determinada pela falta de recursos humanos e financiamento, sendo este, em grande parte, o determinante da insuficiência de força de trabalho especializada na África do Sul e de fixação dos mesmos nas unidades públicas de saúde. Como consequência, esta importante política está desigualmente efetivada em cada uma das nove províncias.

A importância da Política de Saúde Escolar é inegável, pois desde o início do desmantelamento do *apartheid* e do fim das *homelands* ou bantustões, ficou evidente como a pobreza, as desigualdades, a má/insuficiente alimentação e as péssimas condições nas áreas e assentamentos de maioria negra impactavam na educação e na saúde das novas gerações de sul-africanos de cor (negros, indianos e *coloureds*), acentuadamente nas áreas rurais e no território dos antigos bantustões, de forma semelhante às políticas racistas do *apartheid*, negando aos mesmos o direito à educação ou mesmo aos mínimos à reprodução física da sua existência, como moradia, alimentação, saúde, saneamento básico, acesso à água potável, etc. O afroneoliberalismo⁷⁵ implantado pelo ANC deixou os sul-africanos da classe trabalhadora mais pobres e pauperizados do que durante o *apartheid* (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; JARA, 2013), e, portanto, as crianças se tornaram mais dependentes da alimentação e dos serviços básicos de saúde ofertados nas escolas, (DENNILL, 2014; PATEL, 2013). Entre 1994 e 2004, cerca de 80% das crianças sul-africanas viviam em condição de pobreza, porcentagem que declinou para 63% entre 2005 e 2015, o que

⁷⁵ Além do apelo ao nacionalismo e uma relação conflituosa entre aceitação das diretrizes econômicas do receituário neoliberal e críticas à cultura “branca” ocidental e às instituições e valores que ela representa, o afroneoliberalismo, desde a década de 1980, vem sendo desenvolvido pelos antigos partidos de libertação, muitos dos quais com um passado de formação ideológica e discursiva alinhadas ao socialismo e ao regime da URSS. Isto evidencia um quadro em que a burguesia não precisou se tornar classe dirigente do Estado para garantir as melhores condições de reprodução capitalista, bastou apenas transformar os lugares sociais, o lugar nas relações de produção de antigas lideranças dos partidos de libertação para que o neoliberalismo realizasse o seu papel de restauração capitalista. Em outras palavras, a burguesia precisou apenas transformar a consciência de classe e as condições materiais dos líderes dos partidos e movimentos de libertação. Como afirma David Harvey (2008), uma das funções sociais do neoliberalismo nos países de capitalismo periférico foi criar uma burguesia onde ela não existia. No caso sul-africano, o neoliberalismo e o pacto entre as elites políticas do ANC e as elites econômicas brancas nacionais e internacionais, representadas pelo MEC, resultaram na criação de uma burguesia negra, relacionada direta ou indiretamente ao ANC, completamente indiferentes às condições de vida dos negros pertencentes à classe trabalhadora e comprometida com a preservação da estrutura de riqueza do *apartheid* e com a negação de qualquer reforma radical na socialização do poder econômico e político (BOND, 2001; HABIB, 2013).

equivale a 3 969 000 de crianças sul-africanas vivendo quadros de destituição e privação agudas. Isto determinou a revisão desta Política nacional e suas novas diretrizes foram lançadas em dezembro de 2011. Como foi visto, a nova política foi formulada de maneira conjunta entre o Departamento Nacional de Saúde e o Departamento de Educação Básica. O plano original era ter uma enfermeira em cada escola, mas como existiam mais de 29.000 escolas na África do Sul e o financiamento da política de saúde era restrito, foi decidido pelas autoridades sanitárias e educacionais que as escolas localizadas nos territórios mais pobres seriam as primeiras atendidas por este Programa.

O risco envolvido nesta escolha da focalização dos serviços básicos entre os mais pobres, que aparece como uma verdadeira diretriz operacional oculta do Programa de Reestruturação da APS e de todo conjunto das políticas e programas nacionais de saúde da África do Sul Pós-*apartheid*, é naturalizar a focalização da política de saúde escolar como uma política pobre para pobres e não como um direito de todos os sul-africanos em idade escolar. Outro aparente risco desta focalização, compreensível, mas não justificável, diante de uma realidade pós-*apartheid* de pobreza e miséria verificada em vastas áreas do país, observada, sobretudo, nas zonas rurais, é o escasso financiamento, tanto da política de saúde, como da política de educação, que vem restringindo a responsabilidade estatal em, ao menos, controlar a expansão dos *PUI problems*. O que faz com que os programas se concentrem na população negra, que, embora seja, sem dúvidas, a mais pauperizada, não é a única que sofre com as implicações sociais do neoliberalismo.

As políticas neoliberais também aumentaram as desigualdades dentro dos demais grupos raciais, especialmente entre os brancos da comunidade africâner, que não contam mais com o sistema protecionista e de empoderamento do *apartheid*, e entre os *coloured*, que além de não contarem com o poder econômico dos brancos, não dispõem de representação política como os negros (DAVIE, 2015; GUMEDE, 2015; HABIB, 2013; TERREBLANCHE, 2005). Recentemente, a tensa relação entre os *coloured* e os negros quase que resultou na exclusão dos primeiros do *Black Economic Empowerment* (BEE), questão que só foi resolvida por meio da intervenção direta do ex-Ministro das Finanças e antiga liderança de luta contra o *apartheid*, Trevor Manuel, ele mesmo classificado como *coloured* durante o regime racista, se posicionou contrário

ao movimento de setores dos negócios formados pelo empresariado negro que queriam excluir e/ou diminuir a integração dos *coloured* nas ações afirmativas do BEE (DAVIE, 2015).

Porém, a pobreza e outras expressões do pauperismo continuam desproporcionalmente concentradas nas famílias negras. Por exemplo, a pesquisa do censo domiciliar realizada pelo *Statistics South Africa's* em 2011, revelou que no país cerca de 1.100.000 famílias viviam em cabanas, *shacks*, localizadas em assentamentos informais, e outras mais de 672.000 viviam em cabanas no quintal de casas. Destas mais de 1.772.000 famílias que viviam em condições de habitação precária, a maioria sem acesso à água encanada, saneamento básico, aquecimento e outras necessidades básicas, apenas 98.000 eram famílias das comunidades branca, *coloured* e asiática, sendo todas as demais famílias sul-africana negras a viver em assentamentos humanos precários e informais. Quando também eram considerados os números das famílias negras que viviam em tendas, trailers e outras formas de habitação precária fora de cortiços, estes números subiam para 1.868.325. Número bem mais expressivo que o de 7.754 famílias brancas, o que equivale a 31.000 pessoas, que viviam em assentamentos precários, cabanas e outras formas de habitação precária na África do Sul. A quase totalidade destes brancos em condição de pobreza pertencia à comunidade africâner e se concentrava em fazendas na periferia das grandes cidades da Província de Gauteng: Tshwane, também conhecida como Pretoria, e Johannesburgo, a cidade mais rica do país.

Embora o crescimento da pobreza entre os brancos seja um problema e evidencie as implicações do neoliberalismo sobre as classes trabalhadoras de todas as raças e etnias, é necessário desconstruir a tese alardeada pela grande mídia nacional e internacional e pelos movimentos racistas de extrema direita de uma suposta vingança dos governos de maioria negra, “um *apartheid* contra os brancos”, segundo o qual mais de 400.000 sul-africanos brancos estariam vivendo em condição de pobreza e/ou extrema pobreza. Os dados do censo domiciliar de 2011 e o estudo de Vusi Gumede (2015) evidenciam que os negros continuam a ser as maiores vítimas da herança do *apartheid* e das duas décadas de políticas neoliberais que continuaram a limitar as possibilidades de sua ascensão social. Mesmo assim, é notável no discurso midiático internacional o apelo ao

empobrecimento e a violência a que estão submetidas as comunidades brancas da África do Sul, em especial na área rural.

O problema da inegável epidemia de violência na África do Sul, que atinge sobretudo mulheres e homens negros, recebe bem menos importância do que o mito do “genocídio boer”. Este problema do genocídio da população negra sul-africana por meio da violência sistêmica, data do período em que esta foi confinada nos bantustões e nas *townships*, e vem sendo tratado no discurso midiático de maneira muito distinta da realidade nacional, no tocante a um suposto extermínio da população branca, principalmente de fazendeiros africanos. Segundo fontes da mídia: a cada dia cinco fazendeiros brancos eram assassinados na África do Sul, desde o fim do *apartheid*. A difusão deste discurso em nível internacional vem mobilizando diversos grupos da extrema direita para a criação de um Estado africano dentro da África do Sul, chamado de *Volkstaat*, que significa em afrikaans “Estado do Povo”.

Outro ponto dessa curiosa fixação midiática sobre a mortalidade de brancos por causas violentas foi a petição *online* para que os brancos sul-africanos fossem aceitos nos países da União Europeia com base nos direitos dos povos indígenas e de auto-determinação e no exemplo da lei do retorno praticada pelo Estado de Israel. É curioso pontuar que esta petição, lançada em maio de 2015 e endereçada ao Conselho da União Europeia foi elaborada pelo brasileiro Rodrigo Herhaus de Campos⁷⁶, de Joinville, Santa Catarina. Segundo ele:

The white South African population currently faces ethnic cleansing and persecutions at the hands of the ANC government, the EFF, and various individual anti-white aggressors. Over 4000 white farmers have been brutally murdered, often including torture and rape and mutilation. Many white South Africans today live in poverty and squalor as a consequence of the ANC government's Black Economic Empowerment policy which shuts whites out of the labour pool (CAMPOS, 2015).

⁷⁶ O conteúdo integral da carta de petição e o número de assinantes constam no site: <https://www.change.org/p/european-commission-allow-all-white-south-africans-the-right-to-return-to-europe>. O acesso foi realizado em 08 de agosto de 2016.

Na verdade, considerando o termo limpeza étnica utilizado pelo autor da petição e por movimentos supremacistas brancos, os dados apontam que se existiu e/ou existe um projeto de extermínio de um grupo racial, os negros é que foram os verdadeiros alvos do mesmo, seguidos pelos *coloured*. A pesquisa sobre mortes ocasionadas pela violência na África do Sul no período - *SA Crime Quartely*, publicada em 2004, analisou as tendências de assassinatos na África do Sul entre os anos de 1937 e 2003. Com base nestes dados, fica claro que as taxas de homicídios cresceram entre todas as raças neste período. Contudo, o crescimento dos homicídios de brancos praticamente se estagnou no final da década de 1970 e permaneceu profundamente inferior às taxas de homicídios dos demais grupos raciais. Nos 20 anos de democracia, os brancos foram os menos impactados pela onda de homicídios, que desponta como uma das principais causas de morte entre homens. Por exemplo, na década de 2000, mesmo depois da queda da taxa de homicídios entre todos os grupos raciais, 86,9% das vítimas de assassinato eram negros, enquanto estes eram 79% da população, enquanto os brancos correspondiam a 1,8% das vítimas, mesmo estes sendo 8,85% da população em 2009. Entre abril de 1994 e março de 2012, um total de 361.015 pessoas foram assassinadas. Se aplicada a taxa média de assassinatos dos anos 2000 ao período significa que 6.498 brancos foram assassinados desde o fim do *apartheid* até 2012, em uma população que variou na última década de 4,69 a 5 milhões, o segundo maior grupo populacional do país, seguidos por *coloureds* e asiáticos, respectivamente.

A afirmação de que desde a redemocratização o assassinato de brancos cresceu vertiginosamente também carece de evidências. Pois as taxas observadas nas duas últimas décadas são equivalentes ou abaixo das taxas de assassinato observadas entre os anos de 1979 e 1991. Apenas 16% dos assassinatos praticados na África do Sul entre os anos de 2011 e 2012 ocorreram após a realização de roubos ou assaltos; 65% de todos os assassinatos no mesmo período foram precedidos por brigas entre pessoas conhecidas ou em relações de parentesco e/ou conjugalidade, muitas das quais sob efeito de álcool e outras drogas. Confirmando os achados de pesquisas como as de que os assassinatos e crimes violentos na África do Sul, em sua vasta maioria, são decorrentes das relações de violência entre pessoas próximas e praticados por amigos e familiares. Sendo necessário não só para prevenir a violência, como também superar a violência que permeia o

cotidiano e as relações interpessoais, promover medidas de educação e educação em saúde que transformem o imaginário e as práticas sociais de homens e mulheres, muitos dos quais são vítimas de violência estrutural, da violência policial, da violência física e de violência psicológica nos espaços públicos e privados. A experiência cotidiana de violência continua a ser um processo social complexo e multifacetado que impacta na saúde dos sul-africanos, representando uma continuidade em relação aos regimes anteriores.

O tão falado “extermínio dos fazendeiros brancos”, que surge como uma fórmula discursiva na mídia branca e nos sites dos movimentos de supremacia branca, que referem que os brancos estariam sendo “assassinados como moscas”, “a uma média de cinco por dia” é uma prática discursiva que tem sua matriz nas ideologias raciais de setores mais conservadores da comunidade africâner. Porém, os números das pesquisas oficiais sobre violência e as pesquisas independentes apontam para outros achados. Os dados da *Transvaal Agricultural Union of South Africa* (TAUSA), publicados em 2013, mostram que 1.544 pessoas foram mortas em decorrência de ataques às fazendas entre os anos de 1990 e 2012, em uma média de 70 assassinatos por ano ou uma morte a cada 5.2 dias. Destas vítimas fatais da violência no campo, 38,4% eram *coloured* e negros. Isto evidencia que, mesmo sendo a violência nas áreas rurais um problema sério na África do Sul, o mesmo não atinge unicamente os brancos e nem assume as formas de uma limpeza étnica.

Mais do que em políticas que resultem na melhoria das condições de vida dos sul-africanos pobres brancos e das demais etnias, essa “mitologia do genocídio branco” vem sendo instrumentalizada pela direita conservadora e pelos grupos supremacistas raciais, que afirmam que as políticas do ANC só beneficiam os negros, deixando *coloured*, asiáticos e, especialmente, brancos marginalizados na provisão de serviços sociais, por um lado, e vulneráveis à violência perpetrada pelos negros, com o consentimento do governo, por outro, quando são estes trabalhadores brancos, que, segundo sua inserção formal e em melhor condição salarial, supostamente estariam pagando por estas políticas sociais, por meio da arrecadação de impostos retirados da renda e não do consumo.

Para evidenciar como este argumento é frágil, e mesmo falso, é necessário evidenciar a política tributária sul-africana que protege os grandes salários, fortunas e transações financeiras por meio de uma das estruturas tarifárias mais regressivas do mundo (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; HART, 2013; TERREBLANCHE, 2005, 2012). Além disso, foram decisões políticas neoliberais adotadas pelo ANC, como a não criação de um salário mínimo nacional, que além de proteger a renda da burguesia, desproporcionalmente representada por sul-africanos brancos, criaram o quadro de desemprego estrutural verificado acentuadamente entre os sul-africanos negros, sobretudo entre as mulheres negras (BUTLER, 2012; FEINSTEIN, 2005; TERREBLANCHE, 2005).

Caso o neoliberalismo ultra ortodoxo do *trickle-down theory*, tão defendido pelo MEC e pelas comissões de discussão sobre o futuro cenário econômico da África do Sul durante as negociações da transição, não tivesse se tornado hegemônico e tão forte na África do Sul Pós-*apartheid*, provavelmente seria possível prover serviços básicos de saúde e serviços sociais em geral para todos, e não apenas para os mais pobres entre os pobres, uma parcela da população quase totalmente formada por negras e negros. Além disso, o quadro estrutural de violência e de morbimortalidade relacionada a crimes violentos demanda o investimento em políticas de educação que atuem sobretudo em formas não-violentas de reversão de conflitos interpessoais, no empoderamento das mulheres contra a violência, na construção de masculinidades não violentas e nas ações de controle em álcool, fumo e outras drogas, sobretudo as lícitas. Todas estas medidas passam diretamente por diversas políticas e programas de saúde e de educação (DENNILL, 2014; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012).

Como o documento da reorganização do sistema de saúde e as políticas decorrentes do mesmo apontam que tanto as equipes de saúde do escolar, como as equipes de atenção primária em saúde e os centros de saúde têm as escolas como espaços de intervenção, não fica claro como estes diferentes programas integrarão as suas ações no território, correndo o risco de uma sobreposição ou fragmentação das atividades.

No entanto, mesmo com a focalização nas escolas de áreas mais pobres, o problema da falta de profissionais de enfermagem continua sendo um desafio à efetivação da Política de Saúde do Escolar. Por isto, enfermeiros e enfermeiras aposentados vêm sendo convidados para trabalhar nas escolas das áreas onde moram e são recontratados para este propósito. Recursos foram reservados para a implementação inicial de um conjunto de serviços básicos de saúde do escolar que foram imediatamente introduzidos, logo após a revisão da Política. A Política de Saúde Escolar também prevê que, à medida que mais recursos se tornarem disponíveis, o conjunto de serviços de saúde do escolar seja ampliado. O plano básico é garantir que todas as crianças nos dois primeiros anos de escola estejam totalmente imunizadas e que os estudantes do ensino médio tenham os conhecimentos básicos necessários para gerir a sua sexualidade e saúde reprodutiva e reduzir o abuso de álcool e de outras drogas. A política revisada também propõe que as equipes de saúde do escolar trabalhem em parceria no território com as equipes de atenção primária em saúde para servir à mesma população.

Outro problema, de natureza política, é que, mesmo sendo reconhecido que na África do Sul as assimetrias econômicas e de gênero entre homens e mulheres, decorrente da combinação entre patriarcado, racismo e capitalismo são os fatores que mais vulnerabilizam as mulheres ao HIV/Aids como a uma vida de violência (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016; HEUNIS; WOULTERS & KIGOZI, 2012; POSEL, 2008), os programas de saúde sexual e reprodutiva das escolas públicas sul-africanas majoritariamente são inspirados e/ou financiados pelo Programa estadunidense *Abstinence-only, Be faithful, use a Condon* (ABC) que cristaliza o encontro entre discursos religiosos, neoliberais e moralistas sobre os corpos, principalmente sobre os corpos das mulheres. A política ABC significa – Abstinência antes do casamento, fidelidade monogâmica e uso de preservativo. Segundo Barbosa Filho e Rocha (2016), Susser (2009), Rocha (2011) e Sastry e Dutta (2013), o ABC não faz avançar temas como orientação sexual, métodos contraceptivos, e negociações em torno de práticas sexuais seguras.

A proposta do ABC, implementada em muitos países africanos e na América Latina com o apoio do Governo Americano e da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), não aborda a redução de danos para usuários de drogas, nem ações para

os/as profissionais do sexo. O foco é heterossexual, com sexo no casamento e virgindade como valor pré-nupcial⁷⁷. Dos recursos para prevenção do Fundo Global para Aids, Malária e Tuberculose, em cinco anos foram gastos 60% só para implementar a metodologia ABC (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016; ROCHA, 2011).

Outro desafio ao novo Sistema de Saúde da África do Sul Pós-*apartheid* é a geração de informação e a manutenção da qualidade desta informação para a tomada de decisão em saúde. Segundo Dennill (2014), Van Rensburg e Engelbrecht (2012) e Rispel e Moorman (2013), se a estratégia de um sistema nacional de saúde baseado na abordagem da APS e das equipes de saúde da comunidade almeja atingir as suas metas, também é imperativo utilizar um sistema de monitoramento e avaliação adequado. Para tal, o sistema anterior ao Programa de Reestruturação da APS precisará ser adaptado para criar evidências que garantam a devida implementação das novas propostas. Por isso, o Departamento Nacional de Saúde está desenvolvendo um novo sistema de informações e evidências em saúde para oferecer suporte a todos os programas de reestruturação do sistema de saúde, discutidos anteriormente.

Contudo, para o funcionamento do sistema de saúde da África do Sul, a organização de um sistema hospitalar de referência para as equipes de atenção primária é de fundamental importância, principalmente pelo peso de doenças de maior complexidade como as crônicas não-transmissíveis, a tuberculose multirresistente e a epidemia de HIV/Aids, que muitas vezes demandam longos períodos de internação (HEUNIS; WOULTERS & KIGOZI, 2012; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012). Um apropriado sistema de referência precisa ser implantado para facilitar o fluxo entre os serviços de atenção primária, secundária e terciária, dentro da coordenação de um sistema único.

⁷⁷ Sobre a baixa efetividade da Política ABC em países africanos, ver o trabalho de Heunis, Wouters e Kigozi (2012). Segundo os autores, mesmo com as inúmeras campanhas e ações educativas baseadas no Programa ABC, financiadas por governos, por organizações internacionais como a USAID e por igrejas cristãs, os jovens africanos apresentam pouco conhecimento sobre HIV/AIDS. O trabalho aponta, com base em uma pesquisa nacional na África do Sul, que apenas 31,3% dos homens e 29,7% das mulheres entre 15 e 49 anos têm o nível de conhecimento considerado adequado sobre as formas de transmissão e o uso do preservativo.

Para tal, equipes de especialistas, incluindo serviços de urgências e emergências precisam ser estabelecidos, utilizando-se de médicos e outros profissionais especialistas em saúde que devem trabalhar sob a coordenação dos distritos sanitários. Estes profissionais são contratados em regime de trabalho parcial para assistir e acompanhar casos mais complexos ou que fogem ao campo de intervenção dos enfermeiros e demais profissionais de saúde. As dificuldades para conseguir médicos para os distritos de saúde das zonas rurais ou mais pobres é outro desafio. Os baixos salários e as más condições de trabalho fazem com os médicos e demais especialistas geralmente optem pela iniciativa privada, pelas áreas urbanas ou mesmo em deixar o país. Vale apontar que a facilidade encontrada pela força de trabalho em saúde sul-africana mais especializada em deixar o país, especialmente para trabalhar em países da *Commonwealth* é diretamente inversa às dificuldades encontradas para contratar trabalhadores de outros países.

Conseguir fixar médicos e demais profissionais de saúde também é um desafio quando se trata de unidades de média e alta complexidade. Estes serviços de saúde que funcionam como a retaguarda são fundamentais para o funcionamento do sistema de saúde. Sem uma boa organização de referência e contrarreferência dentro dos distritos sanitários e das províncias a proposta do sistema baseado na APS dificilmente terá sucesso, até porque a expansão da cobertura dos serviços de atenção primária, em um país com um quadro sanitário tão complexo, obviamente ocasiona uma maior demanda por serviços de média e alta complexidade, a exemplo do que vem ocorrendo em decorrência da expansão do acesso e adesão aos programas de tratamento de HIV/Aids e tuberculose, que demandam consultas com especialistas, internação em período de sintomas agudos, exames e dietas específicas, etc (HEUNIS; WOULTERS & KIGOZI, 2012; JOHNSON & JACOBS, 2012).

A expansão da cobertura dos serviços básicos de saúde e de APS já está tensionando os limites de um sistema de saúde cerceado pelo universalismo básico da agenda neoliberal (BARBOSA FILHO; VIEIRA & RODRIGUES, 2016; RISPEL & MOORMAN, 2013; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012). Enquanto o crescimento dos centros e equipes comunitárias de saúde vem servindo como medida básica de alívio das expressões mais severas da questão social no campo da saúde e a expansão do acesso e permanência nos programas

de transferência de renda, as *social grants*, são a única fonte e/ou principal fonte de renda de cerca de 17 milhões de sul-africanos, a percepção de que estas medidas são paliativas e que respondem mais às necessidades de reprodução social do sistema explorador e alienador do que às necessidades básicas da população mais pauperizada é algo que começa a se configurar como o princípio de um conflito⁷⁸, que parece por em risco a legitimidade do ANC frente seu tradicional eleitorado, representado pelo avanço do populismo radical do EFF, que conseguiu 8,2% dos votos válidos nas eleições municipais de 2016, atingindo porcentagens maiores nas províncias mais pobres, a exemplo dos 16,73% dos votos conseguidos na província de Mpumalanga.

Um indicador mais forte das possíveis mudanças nas próximas eleições nacionais é o poder conquistado pela *Democratic Alliance* na população em geral, nas duas províncias mais ricas e nas cidades mais ricas da África do Sul nas eleições de agosto de 2016. A DA conquistou 26,89% dos votos, contra 23,94% nas últimas eleições locais em 2011. O ANC perdeu o poder em várias municipalidades, conquistando 53% do total dos votos, bem menos que os 61,95% conquistados nas eleições municipais de 2011.

Vale ressaltar que enquanto o EFF apela ao populismo radical e às políticas de desapropriação dos brancos, semelhantes às que levaram o Zimbabwe ao declínio econômico e à crise social, a DA apresenta uma agenda neoliberal, fortemente influenciada pelo discurso da regulação social via mercado e do papel empreendedor do Estado. A província de Western Cape, onde a DA controla o cenário político, serve de exemplo das políticas das racionalidades e matrizes discursivas que fundamentam as políticas do maior partido de oposição. Os governos do DA tornaram a província o epicentro da terceirização dos setores bancário e de tecnologia, induzindo a migração de empresas europeias e americanas para utilizar a barata mão-de-obra sul-africana nos

⁷⁸ O crescimento da popularidade do Partido radical de oposição *Economic Freedom Fighters* (EFF), especialmente do seu líder Julius Malema, entre as pessoas e comunidades mais pobres da África do Sul, que se sentem traídas pelo ANC, por causa da perpetuação e aprofundamento da pobreza e da exploração da força de trabalho negra nas duas décadas de democracia, indica que se o ANC pretende se perpetuar no poder, terá que promover profundas transformações nos padrões de intervenção sobre as refrações da questão social. Aparentemente, o consenso social e a crença em torno da imagem do ANC como partido de libertação estão se esgotando, mesmo entre o seu eleitorado mais fiel.

processos de terceirização, o chamado *outsourcing*. Estas e outras medidas políticas e econômicas da DA fazem da província de Western Cape a que tem o melhor desempenho econômico e de geração de empregos, mas estes postos de trabalho são geralmente precários, sem cobertura de seguros de saúde e com baixos salários. A partir disso, pode-se concluir que as transformações no cenário político partidário do governo central sul-africano não necessariamente significarão avanços no campo da saúde pública, podendo até mesmo significar obstáculos aos avanços alcançados pelos Departamentos de Saúde das nove províncias, distritos de saúde e governos locais em programas como o de fortalecimento da APS e o exitoso programa público de antirretrovirais, atualmente o maior do mundo, chegando a 3,4 milhões de pessoas (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016).

Mas, até o momento, mesmo a organização da rede de unidades e serviços de APS em articulação com os demais níveis de atenção à saúde tem se mostrado incipiente, já que enquanto os insuficientes recursos do Estado para a saúde pública são amplamente investidos na atenção primária, na implementação de serviços laboratoriais e na conformação das equipes de saúde da comunidade, muito pouco vem sendo investido em hospitais e outros serviços de referência de média e alta complexidade (DENNILL, 2014; HEUNIS; WOULTERS & KIGOZI, 2012; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012). Estes, geralmente, são mantidos em condições precárias, subfinanciados e incapazes de prover serviços de saúde adequadamente, especialmente no tocante à qualidade dos serviços prestados aos usuários, restando ao governo a compra de serviços privados de hospitais e unidades de saúde de maior complexidade, geralmente, mais caros, e contrários ao paradigma de saúde adotado na África do Sul democrática, além de, muitas vezes, serem de reconhecida ineficiência, a exemplo dos serviços privados de orientação sobre saúde sexual e reprodutiva.

Portanto, as políticas de saúde precisam se materializar em intervenções que garantam simultaneamente que hospitais e outros serviços de média e alta complexidade estejam no local correto para prestar cuidados de saúde de maneira abrangente e integrada com os serviços e programas de APS. O investimento na reestruturação dos hospitais públicos distritais e pertencentes às províncias assume tanta urgência quanto a observação dos princípios da atenção primária em

saúde. Em outras palavras, os serviços públicos estatais de média e alta complexidade precisam receber atenção e recursos para dar continuidade ao curso de cuidados iniciados nos serviços de atenção primária. Mas, nesse ponto, existe um grande conflito, já que os seguros de saúde competem por este nicho de mercado com os trabalhadores da classe média, com as parcerias público-privadas e com a venda direta de serviços privados aos sul-africanos mais pobres que, em situações de emergência, recorrem aos serviços privados para garantir a cura e reabilitação, mesmo que sob preços insustentáveis para um trabalhador médio sul-africano. É necessário evidenciar que, quando se considera a paridade de renda, os serviços privados de saúde na África do Sul são os mais caros do mundo, superando mesmo o de países como os Estados Unidos da América, além de terem amplos mecanismos de exclusão de idosos e portadores de doenças crônicas (DENNILL, 2014; SODERLAND, SCHIERHOUT & VAN DEN HEEVER, 1998).

Dentro dos limites postos a uma sociedade capitalista periférica, como a sul-africana, somente uma reforma estrutural do sistema de financiamento das políticas sociais poderia causar o impacto que ao menos controlasse a carga de adoecimentos e mortes no país. Para tal, uma reforma tributária progressista e que, portanto, tribute as grandes transações financeiras, fortunas, propriedade e consumo de luxo, é apontada como a solução por intelectuais como Sampie Terreblanche (2012), Grace Davie (2015) Patrick Bond (2014) e Charles Feinstein (2005) como a única alternativa para promover uma verdadeira reforma social que ao menos controle a dívida social herdada do *apartheid* e dos sistemas de exploração anteriores, dentro dos limites da sociabilidade do capital. Pois, embora os programas propostos para a saúde desde a redemocratização sejam, no geral, bem planejados e estruturados de acordo com grande parte das necessidades sociais em saúde mais prevalentes no país e em consensos científicos nacionais e internacionais sobre APS e organização de sistemas nacionais de saúde, como expressiva participação das universidades e centros de pesquisa, em todos os níveis do ciclo da política de saúde, elas esbarram nas restrições neoliberais lançadas pelo GEAR, protegidas pela Constituição de 1996 e que tem a sua matriz discursiva ainda no momento de transição conduzida pelas elites do MEC e bancos de ideias neoliberais, como a NEM.

Se as reformas de base e uma nova estrutura tributária são as respostas mais indicadas para combater os *PUI problems* e as iniquidades em saúde decorrentes dos mesmos, dentro dos limites da emancipação política, não existe nenhuma evidência no discurso político do ANC que ele planeje materializá-las, o que demandaria modificar a Constituição Nacional e as diretrizes da economia. Ainda assim, a mudança no cenário político-partidário, que poderá ocorrer nas próximas décadas, por meio de eleições nacionais, não necessariamente significará um aumento das responsabilidades do Estado na provisão de serviços de saúde ou uma mudança nos paradigmas que orientam o sistema e os serviços de saúde e as políticas econômicas.

Além do reconhecido poder político da iniciativa privada no campo da saúde e da frágil organização de movimentos sociais em torno da questão da reforma do sistema de saúde, do qual os movimentos sociais sobre HIV/Aids são uma exceção, caso a DA vença as eleições nacionais, sem uma profunda mudança na sua perspectiva de políticas sociais e serviços sociais, fortemente fundamentada nos princípios neoliberais, focalizados nos mais pobres e administrado segundo o modelo gerencialista, a meta de criar um sistema único de saúde universal e gratuito, que seja utilizado pelos sul-africanos e sul-africanas de todas as classes e raças poderá ficar ainda mais distante. Mesmo que este partido venha atuando como um importante sujeito político de denúncia à “cleptocracia do ANC” e à fragilidade do Governo Nacional em prover serviços sociais e gerar empregos, o DA representa e defende abertamente, como exposto em seu site oficial e nos documentos elaborados para a formulação e execução de políticas de saúde, a garantia e expansão dos seguros e provedores privados de saúde na África do Sul, a mercantilização de leitos hospitalares dentro dos hospitais públicos, o fortalecimento das parcerias público privadas, justificadas pela expertise do mercado de serviços de saúde; uma política de compartilhamento de recursos humanos entre iniciativa privada e pública; a substituição da proposta de um sistema único de saúde pela criação de nove subsistemas regionais de saúde, administrados pelo Departamento de Saúde de cada uma das nove províncias; enfim, o reforço da perspectiva liberal de saúde no tocante aos estilos de vida, se voltando ao enfoque de promoção da saúde sobre comportamento individual e ao auto-cuidado, em detrimento das abordagens sobre as determinações sociais do processo saúde-doença.

É interessante notar que mesmo com estas diferenças nas propostas do DA em relação às do ANC, o principal partido de oposição também defende que os serviços públicos de saúde sejam orientados pelo paradigma da atenção primária em saúde. Este paradigma, de acordo com o discurso da DA para o país, e na crítica ao modelo do sistema único de saúde em implantação, poderia ser amoldado ao modelo hospitalocêntrico, biomédico e curativo ainda vigente, principalmente, nos hospitais e serviços particulares de saúde.

A Democratic Alliance almeja uma sociedade em que os cidadãos assumem a responsabilidade individual por adotar estilos de vida saudáveis, reduzindo a carga de doença não-transmissíveis e doenças relacionadas aos estilos de vida. O desejo crescente dos sul-africanos de conhecer o seu estado de HIV é um indicador de um apetite para tal responsabilidade. Portanto, a DA anseia por cidadãos que possam gerir ativamente a sua saúde, libertando assim o sistema público de saúde para se concentrar mais na saúde básica, deficiência, saúde mental e casos de necessidades especiais. A proposta ultra centralizadora e centrada no Estado contida na proposta do National Health Insurance (NHI) não é só perigosa como desnecessária, se os sistemas públicos de saúde das nove províncias podem ser gerenciados de maneira eficiente. O *Green Paper* do NHI também implica que as falhas de saúde pública são culpa do setor privado. A DA não concorda com esta análise. Pre vemos uma solução onde os pontos fortes do setor privado são aproveitados para melhorar a saúde pública por meio de parcerias. Nossa visão é um sistema abraçando prestadores de serviços de saúde públicos e privados, onde o serviço de estado oferecido é de qualidade suficiente para competir com o setor privado e estimulá-lo (DEMOCRATIC ALLIANCE, 2016, p. 12, tradução nossa).

As principais críticas do DA à limitada reforma do sistema de saúde iniciadas na década de 1980 e aprofundadas pelo ANC nas duas últimas décadas podem ser resumidas no quadro seguinte.

QUADRO 10: PRINCIPAIS CRÍTICAS DA DEMOCRATIC ALLIANCE EM RELAÇÃO AO MODELO DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FORMULADO PELO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE E PELO ANC

- | |
|---|
| 1. A proposta de criar o Seguro Nacional de Saúde, o NHI, não resolverá o real problema do setor público de saúde, que é a baixa qualidade dos serviços prestados à população; |
| 2. A centralização do fundo de saúde e da formulação das políticas nacionais de saúde sob o Departamento Nacional de Saúde será burocrática, ineficiente e representa uma excessiva intervenção do Estado sobre a vida dos sul-africanos; |

3. O país não tem os recursos humanos necessários para implementar o NHI;
4. A proposta do Seguro Nacional de Saúde não atende de maneira adequada ao equilíbrio financeiro e às estruturas de gestão, que já se mostram falhas nas províncias sob governos do ANC;
5. O modelo do NHI, proposto pelo ANC, elimina a liberdade de escolha dos consumidores de seguros e serviços de saúde;
6. A proposta do NHI insiste na falácia de que dinheiro, não transparência, governança e funcionalidade, é a resposta para os problemas de saúde da África do Sul;
7. O NHI pode ser considerado inconstitucional, já que o mesmo desconsidera a autoridade das províncias sobre saúde pública;
8. O verdadeiro custo do NHI e da universalização do sistema de saúde não está claro no <i>Green Paper</i> e demais legislações e políticas do ANC para a saúde. Na melhor das hipóteses, apresentam vagas estimativas;
9. É incorreto relacionar, como fazem o <i>Green Paper</i> e os defensores das reformas pós- <i>apartheid</i> da saúde, as falhas e fracassos dos sistemas públicos de saúde das províncias controladas pelo ANC ao sucesso do setor privado de saúde. Os dois setores, na verdade, estariam profundamente organizados em parceria, como o sistema de saúde da província de Western Cape evidencia. Ou se aliam ou os dois setores falharão;
10. A proposta de um sistema único de saúde tira a autonomia dos hospitais e clínicas na busca pelos melhores padrões de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Fonte: Análise documental do Programa do DA para a Política Nacional de Saúde.

Se, em decorrência da permanência da infraestrutura econômica do regime do *apartheid* e da transformação na consciência e nos lugares de classe das lideranças do ANC, cada vez mais pertencentes à burguesia e orientados ao discurso do livre mercado, as políticas e programas nacionais do partido no poder desde a passagem à democracia tendem a alimentar o ceticismo em relação ao futuro do sistema nacional de saúde, ainda em implantação, as perspectivas liberais de saúde defendidas pelo principal partido de oposição também não representam esperança de uma reforma sanitária. Estas apontam bem mais para uma contrarreforma que aprofundaria a mercantilização e as parcerias público-privadas no sistema de saúde. Estas políticas da DA, como as implantadas em Western Cape, reforçariam ainda mais as práticas hospitalocêntricas, biomédicas e centradas na doença e no indivíduo, criando, como aponta a teoria materialista do Estado

(HIRSCH, 2010) e o debate de Kautsky e Engels (2012), arranjos institucionais, jurídicos e políticos que favoreceriam ainda mais a acumulação de capital.

Por meio do acesso ao fundo público da saúde e da criação da materialização institucional desse *Market friendly State*, seriam mantidas ou aprofundadas as melhores condições para a reprodução de relações capitalistas na política de saúde, sem retirar do Estado as responsabilidades mínimas sobre os trabalhadores do precariado, dos mais pobres e da população sobrando, o exército de reserva sul-africano, que deverá continuar a ser até 2030, segundo Terreblanche (2012) e Grace Davie (2015), predominantemente negro, devendo o crescimento das desigualdades e da polarização de classe crescer dentro de todos os principais grupos raciais, caso as atuais políticas econômicas e sociais continuem em desenvolvimento.

Por causa das diretrizes econômicas e políticas neoliberais, elaboradas pela coalizão entre ANC e capital financeiro-minerador, que condicionaram a transição à democracia e ainda moldam o conjunto das políticas públicas sul-africanas, mesmo com o discurso desenvolvimentista de Jacob Zuma e a expansão da cobertura das *social grants* a mais de 16,9 milhões de sul-africanos, o significado e o sentido das políticas nacionais de saúde nas últimas duas décadas se afastou dos ideais afirmados ainda na *Freedom Charter* (1955). Diante do peso da determinação econômica que atribuiu centralidade às necessidades de acumulação de capital em detrimento das necessidades sociais em saúde da maioria dos sul-africanos, os lugares e mesmo o “não-lugar” da saúde no discurso político sobre saúde foram constituídos sob um referente discursivo que não tensiona os limites estruturais postos pelo GEAR e enunciados na Constituição de 1996.

O pacto político e econômico entre lideranças do ANC e as frações do capital financeiro e do MEC, que já dura mais de 20 anos, resultou em tímidos avanços no sistema de bem-estar social sul-africano. Embora os sinais de crise política e econômica já estejam postos e as ações coletivas de confronto façam parte da realidade cotidiana do país, não parecem existir, ao menos dentro dos marcos da democracia burguesa, projetos de Estado e sociedade que ao menos estejam direcionados à emancipação política dos sul-africanos, pondo um fim à reprodução das desigualdades sociais e

desigualdades em saúde que fazem do país um dos mais injustos do mundo e o mais desigual entre os países emergentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O começo do fim e o fim de um novo começo

A provisão de serviços sociais e de infraestrutura demandará uma maior integração entre as três esferas do Estado: federal, provincial e local (municípios) em formas de gestão intergovernamental que ainda contem com a participação e/ou lideranças das grandes áreas metropolitanas do país, e com os distritos de saúde. Tendo em vista o papel que os distritos de saúde assumiram para o desenvolvimento econômico e dos serviços de saúde na África do Sul, desde o início dos anos 2000, logo após a demarcação das fronteiras, vale ressaltar que estes arranjos de gestão intergovernamental das políticas sociais são espaços fundamentais para compreender os atuais padrões de intervenção da África do Sul sobre as refrações da questão social e para a indução do desenvolvimento social e econômico. Dessa forma, novas pesquisas devem ser incentivadas, especialmente estudos de caso comparativos, para analisar as relações intergovernamentais e o funcionamento da gestão compartilhada do território sul-africano, assim como, mensurar os impactos deste modelo de gestão intergovernamental, que vem recebendo menos atenção que os padrões e modelos de gestão formulados pelas oito grandes regiões metropolitanas.

A partir da entrada da África do Sul no grupo dos BRICS, em 2011, a expectativa e a pressão internacional é que as “urbes-BRICS” sul-africanas sejam protagonistas do desenvolvimento econômico e da formulação de políticas públicas, especialmente das de desenvolvimento econômico e social, como já era esperado que fossem os distritos e governos locais desde a redemocratização, sob a tutela neoliberal de organizações como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Embora algumas dessas “urbes-BRICS” globais como Cidade do Cabo e Johannesburg, entre outras cidades do grupo, venham sendo altamente competitivas no tocante aos investimentos no conjunto dos países emergentes, especialmente atraentes ao capital financeiro, elas compartilham uma série de vulnerabilidades e problemas sociais semelhantes. Em decorrência desse contexto de expansão econômica e contínuo crescimento das desigualdades, as regiões metropolitanas também vêm sendo cenário de protestos, a maioria dos quais tendo sido

determinado pela insatisfação com a oferta e provisão de serviços sociais básicos, embora a onda de protestos contra a terceirização dos trabalhadores das universidades, a mentalidade colonial hegemônica no sistema de ensino superior e contra a cobrança das taxas das universidades apontem para uma insatisfação política que aglutina diversas frações da classe trabalhadora branca e negra.

Para David Harvey (2008), mais do que espaços de acumulação e de expansão das desigualdades, as antigas e novas cidades globais são espaços de esperança na luta anticapitalista.

Recuperar as exigências de governança democrática e de justiça e igualdades econômicas, políticas e culturais não é sugerir um retorno a alguma época de ouro. Os significados em cada instância têm de ser reinventados para cobrir condições e potencialidades contemporâneas. A democracia na Grécia antiga tem pouco a ver com os significados com que temos de investir essa expressão hoje em circunstâncias tão diversas como São Paulo, Joanesburgo, Xangai, Manila, São Francisco, Leeds, Estocolmo e Lagos. Mas o que há de espantoso no caso é que por todo o globo, da China, do Brasil, da Argentina, de Taiwan e da Coreia à África do Sul, ao Irã, à Índia e ao Egito, tanto nas nações lutadoras do Leste Europeu como nas pátrias do capitalismo contemporâneo - em todos esses lugares, há grupos e movimentos sociais na reivindicação de reformas que expressem alguma versão dos valores democráticos (HARVEY, 2008, p.219-220).

A capacidade das cidades e governos locais dos países emergentes em promover políticas sociais, embora esteja “inflada de esperança” nos discursos dos *stakeholders* do mercado e de alguns intelectuais e movimentos progressistas, em grande parte inspirados na experiência dos BRICS de crescimento econômico e expansão do consumo entre os anos de 2000 a 2014, esbarra em um sério obstáculo: a incapacidade de arrecadação tributária crescente das cidades, governos subnacionais e nacionais sobre as grandes fortunas. Portanto, a impossibilidade de criação de fundos público locais mais expressivos, que viabilizem regimes loco-regionais de bem-estar social, uma maior desmercantilização dos serviços de bem-estar social, assim como, uma maior socialização do poder decisório sobre a formulação, gestão e avaliação das políticas públicas, como a de saúde.

A África do Sul Pós-*apartheid* não é uma exceção a esta tendência, compartilhada tanto por países de capitalismo periférico, quanto de capitalismo central. A organização tributária do país sobre o consumo de bens e serviços básicos, como alimentos e serviços de provisão de água e

energia elétrica, renda e trabalho do país é extremamente benéfica para os que possuem maiores salários, terra e outros tipos de propriedade facilmente capitalizáveis.

Neste sentido, a maior flexibilidade administrativa e gerencial, decorrente da neoliberalização dos Estados, como no caso sul-africano, a partir da democratização, parece ter velado mais uma dimensão da restauração do poder de classe ocasionado pelas contrarreformas, iniciadas ainda no fim do regime do *apartheid*, durante os mandatos de Pieter W. Botha, e aprofundada em pouco mais de duas décadas pelos governos nacionais do ANC: a incapacidade de tributação das grandes fortunas e transações financeiras pelos governos locais e regionais na periferia do capital. Como foi discutido, os governos municipais, os distritos e as nove províncias foram chamados pelos sucessivos governos do ANC, ao longo das duas décadas de democracia para responder de maneira minimalista às expressões da questão social e a gerenciar e prover os serviços de saúde, enquanto o Governo Nacional, organicamente comprometido com o neoliberalismo, continuamente criou as estruturas legislativas, políticas, jurídicas e de repressão que fizeram com que pouco mudasse na estrutura econômica e social da África do Sul Pós-*apartheid*. Dessa forma, capital, altos salários e propriedade continuam a ser essencialmente privilégios dos brancos e, em menor escala, da nova burguesia negra.

No contexto democrático, as estruturas tributárias regressivas e a proteção às grandes fortunas, transações financeiras e ao consumo de luxo, que antes eram privilégio dos brancos, largamente protegidos pela estrutura de trabalho e oportunidades do *apartheid*, foram estendidas até uma pequena elite de sul-africanos negros e uma crescente classe média negra durante as duas últimas décadas. Enquanto isso, os setores mais subalternizados do trabalho, especialmente as mulheres negras, sofrem o impacto no campo e nas cidades das reformas orientadas à mercantilização e a acumulação por espoliação de direitos e das estruturas tributárias regressivas, que marcam o neoliberalismo ao redor do mundo, mas que, no país mais rico da África Austral, aprofundaram profundas clivagens de classe e raça amplamente institucionalizadas pelo regime do *apartheid*, mas que tem origens no período colonial e da União Sul-africana.

Na África do Sul, esta assimétrica estrutura social muitas vezes impede até a satisfação de necessidade sociais básicas como: moradia, alimentação adequada, acesso a serviços de saúde, acesso à água potável, aquecimento, educação e saneamento básico, ao mesmo tempo em que cresce o consumo de luxo, o processo de gentrificação das cidades e se aprofundam as relações capitalistas sobre a produção agrícola, garantindo a manutenção do poder das elites e das classes médias, algo existente antes de 1994, mas que agora não passa, necessariamente, por estruturas de segregação racial institucionalizadas pelo Estado, mas por relações de classe, gênero e raça, complexificadas pelo neoliberalismo. O efeito devastador do empréstimo concedido pelo FMI ao Governo do País carregou uma série de condicionalidades que, além de retrair o papel do Estado na provisão de serviços sociais, protege o capital financeiro e as altas rendas.

As elites urbanas e a classe média do Terceiro Mundo também têm obtido sucesso extraordinário na fuga à tributação municipal. “Na maioria dos países em desenvolvimento”, escreve A. Oberai, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o “potencial tributário dos imóveis não é totalmente aproveitado. Os sistemas existentes tendem a sofrer de mau gerenciamento das avaliações, de erosão substancial da base tributária devido às isenções e do mau desempenho da cobrança do imposto”. Oberai é excessivamente bem educado: os ricos urbanos da África do Sul, do sul da Ásia e de boa parte da América Latina são visíveis e até criminosamente subtributados pelos governos locais. Além disso, quando as cidades sob pressão financeira passaram a se apoiar nos impostos regressivos sobre a circulação de mercadorias e encargos cobrados de usuários – isso gera 40% da receita da Cidade do México, por exemplo -, o fardo tributário passou de forma cada vez mais unilateral dos ricos para os pobres. Numa análise comparativa rara da administração fiscal de dez cidades do Terceiro Mundo, Nick Devas encontra um padrão regressivo constante com poucos indícios de algum esforço sério para avaliar e cobrar impostos de propriedade dos mais abonados.

Parte da culpa deve ser atribuída ao FMI, que, em seu papel de cão de guarda financeiro do terceiro mundo, defende por toda parte as taxas e cobranças regressivas do usuário de serviços públicos, mas jamais propõe a contrapartida dos esforços para tributar a riqueza, o consumo ostentatório ou a propriedade imobiliária. Do mesmo modo, o Banco Mundial faz cruzadas pela “boa governança” nas cidades do Terceiro Mundo, mas solapa sua probabilidade ao raramente apoiar a tributação progressiva (DAVIS, 2006, p. 75-76).

Esta dinâmica de financeirização do Estado e de estruturas tributárias regressivas em todos os níveis dos governos subnacionais é algo expressivo nas grandes urbes sul-africanas, em que a segregação espacial iniciada pelo racismo, está sendo aprofundada pela gentrificação das cidades, mais uma das expressões da comodificação decorrente do capitalismo, em que até a capacidade

reguladora estatal sobre as cidades tem sido repassada para a dinâmica do livre mercado e do interesse privado. Por isso, as classes mais pauperizadas vêm sendo cada vez mais expulsas pelo capital imobiliário das regiões centrais das grandes metrópoles sul-africanas e das áreas mais próximas dos postos de trabalho, que são as que concentram a melhor infraestrutura e serviços sociais e de saúde, assim como de saneamento, água encanada e eletricidade. Obviamente, que sem o consentimento político e jurídico do Estado neoliberal isto não ocorreria, ou não na proporção que é observada em cidades como Cape Town, Durban e Jomnhanesburg (PERNEGGER, 2015; SIHLONGONYANE, 2015).

Da mesma forma que as barreiras raciais serviam como obstáculos ao acesso de vários serviços de saúde para 80% da população sul-africana, a dinâmica espacial capitalista nas regiões metropolitanas da África do Sul Pós-*apartheid* representa e representará um desafio à superação do *apartheid* sanitário vigente no país, determinado pelo passado recente de segregação e pela supremacia neoliberal que suspendeu a prometida revolução social, frustrando as transformações sanitárias desejadas, como as que se expressavam na *Freedom Charter* e no RDP.

Diante das assimetrias de poder de gênero, classe, sexo e raça que moldam a história da África do Sul e que se expressam na conformação das cidades, estudos dentro de uma perspectiva de consubstancialidade das relações sociais são necessários para analisar a complexidade das desigualdades sociais.

No caso sul-africano, para intervir efetivamente sobre os *PUI's problems*, um desafio concreto à sobrevivência de mais de 26 milhões de sul-africanos. Como foi mencionado anteriormente, Charles Feinstein (2005), Grace Davie (2015) e Sampie Terreblanche (2012) propõem medidas coerentes às críticas da tributação municipal apresentadas por Mike Davis (2006). Para Terreblanche (2005, 2012), políticas de tributação crescente/progressiva sobre as grandes fortunas, os altos salários, o consumo de luxo e as grandes transações financeiras do país contribuiriam concretamente na redução dos graves problemas sociais sul-africanos e poderiam ser medidas realmente afirmativas aos mais de 350 anos de privilégios raciais das elites e da classe trabalhadora branca.

O economista sul-africano apresentou essa proposta no momento da transição para a democracia, mas foi rechaçado pela coalizão que conduziu o processo e por intelectuais neoliberais, ligados ao Banco Mundial, FMI, ao MEC e universidades de tradição neoliberal, como as Universidades estadunidenses de Harvard e Chicago e a Universidade de Stellenbosch, tradicional na formação da elite política e econômica da comunidade africâner e que formou vários dos líderes do regime do *apartheid*.

Estes sujeitos coletivos defenderam as restrições fiscais à seguridade social, a adoção da racionalidade do mercado nas organizações do Estado, o papel das organizações não-governamentais na provisão de serviços assistenciais, a flexibilização da força de trabalho, a inovação gerencial nas organizações do Estado e uma estrutura de serviços sociais descentralizada e residual, em que o bem-estar social, a previdência social, e a educação e a saúde fossem viabilizados na condição de mercadoria, sendo necessidades sociais condicionadas, principalmente, pelo acesso ao trabalho ou à geração de renda (BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; FEINSTEIN, 2005; HART, 2013; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2012).

A saúde não escapou da onda neoliberal de mercantilização das políticas sociais. Mesmo em vários serviços públicos a gratuidade ficou restrita aos homens e mulheres sem condições de pagamento, vivendo em comprovada situação de pobreza, e os seguros de saúde, os *medical schemes*, se multiplicaram, sendo atualmente mais de 110 em operação em todo o país, embora a cobertura atinja menos de 18% da população (RISPEL & MOORMAN, 2013).

Pela natureza político-ideológica das reformas neoliberais, que ocasionaram a permanência e até o aprofundamento das relações de exploração na esfera da produção, e da direção social assumida pelo discurso político do ANC, no tocante à reprodução da classe trabalhadora, sobretudo da classe trabalhadora negra, se deve assumir certa descrença em relação ao impacto das atuais políticas de saúde e de bem-estar social atuais na herança social do *apartheid* e nos desafios emergentes. Entre estas, desde a redemocratização é evidente o repasse às esferas subnacionais (províncias, distritos de saúde e municípios) da responsabilidade de enfrentamento das refrações da questão social na saúde, ao mesmo tempo em que é preservada e até aprofundada a estrutura

tributária tradicional (regressiva), centralizando a arrecadação no Governo Nacional, fortemente dirigido pelo poder do capital financeiro e do MEC, e, conseqüentemente, benéfica ao mercado de luxo, às grandes transações financeiras, e a acumulação fundiária e de bens.

Contraditoriamente, paralelo a este ambiente propício à acumulação e liberdade de fluxos de capitais, foi criada uma vasta rede de serviços sociais mínimos, a exemplo da expansão da cobertura das *social grants*; da universalização da atenção primária, focalizada nos mais pobres; e de toda uma gama de serviços sociais descentralizados e regionalizados, cuja baixa qualidade ou quantidade insuficiente explicam o crescimento dos protestos por fornecimento de serviços sociais, *service delivery protests*, mormente durante o neoliberal e autoritário governo de Thabo Mbeki e no contexto de retração da economia e do emprego que se seguiu à crise mundial de 2008.

Embora Anthony Butler (2004) veja as estruturas descentralizadas e a gestão regionalizada como o futuro do sistema de bem-estar da África do Sul, Ari Sitas (2010), Grace Davie (2015) e Sampie Terreblanche (2005, 2012), evidenciam o colapso dessas estruturas locais de bem-estar social como expressões da dívida social aprofundada pela reforma neoliberal. Para Sampie Terreblanche (2012), Jeremy Seekings e Elena Moore (2013), mesmo que garantam os mínimos sociais à reprodução social dos mais pobres, os programas de transferência de renda e as estruturas locais de serviços sociais não respondem ao nível estrutural da dívida social sul-africana. Resta saber se poderiam, tendo em vista a continuidade das diretrizes econômicas do GEAR.

David Harvey (2005), ao analisar várias experiências de Estado gerencial, em que a descentralização aos governos locais e o sistema tributário regressivo foram as diretrizes do desenvolvimento da governança urbana, inclusive da organização dos serviços de bem-estar social, identifica que, independente da escala espacial da reforma neoliberal: zonas e comunidades locais, centro da cidade e subúrbios, região metropolitana, região, Estado-Nação etc, ela foi iniciada em escala mundial pela crise capitalista de 1973. Esta crise da sociabilidade do capital, que é essencialmente portadora de crise, ocasionada pela tendência depressiva da taxa de lucro do capital e pela apropriação privada da riqueza socialmente produzida, foi transformada pelas forças sociais conservadoras e neoliberais em uma suposta crise do Estado providência, sendo necessária a

retirada do Estado, sobretudo de suas funções de provedor de serviços sociais como direitos de cidadania.

Não restam dúvidas de que a crescente privatização e mercantilização dos serviços e políticas sociais, sobretudo dos de saúde, iniciada na África do Sul ainda na segunda metade da década de 1970, durante os dois mandatos de Pieter W. Botha, também foi uma tentativa do Governo Nacional de responder aos impactos da crise capitalista internacional de 1973 sobre a economia sul-africana, já agravada pela crise política e econômica interna. Esta conjuntura de crise doméstica era ocasionada pela ação política da classe trabalhadora negra e o consequente aumento dos salários e das *old age grants*, que passaram a ser pagas aos trabalhadores negros, além do esgotamento do modelo fortemente regulador e ativo do regime do *apartheid* sobre a economia.

Vale recordar que, em diversas situações de conflito entre acumulação de capital e o projeto de empoderamento econômico e político branco, as necessidades de acumulação de capital ficaram, majoritariamente, em segundo plano, diante da necessidade de promover o empoderamento econômico da classe trabalhadora branca (ARENDR, 2012; BUNDY, 2014; DAVIE, 2015; DUBOW, 2014; FEINSTEIN, 2005; PATEL, 2013; TERREBLANCHE, 2005).

A passagem dos trabalhadores brancos para os seguros e serviços privados de saúde também deixou parte do orçamento do Estado livre para aumentar os serviços de bem-estar social ofertados às minorias indiana e *coloured*, no que foi uma tentativa desesperada do Partido Nacional de expandir a sua legitimidade, já desgastada pela crise econômica, social e política interna e o abalo de sua credibilidade até entre os setores mais conservadores dos supremacistas e da classe trabalhadora branca. Estes assistiam espantados à independência das rentáveis colônias portuguesas na África Austral (Angola e Moçambique) na primeira metade dos anos 1970, conduzidas por partidos e grupos de libertação de orientação política revolucionária marxista e o aumento do poder de barganha da classe trabalhadora negra, não só no aumento do valor dos salários, mas também na expansão dos serviços sociais, que ocorriam dentro das fronteiras do país. A transformação na política externa estadunidense também teve implicações no processo de crise do *apartheid*, já que o Ato Anti-*apartheid* do Congresso Americano, durante o Governo Reagan,

submeteu a África do Sul a sanções econômicas do seu principal parceiro econômico e defensor do regime do *apartheid*, aprofundando a crise de acumulação de capitais no país. A crise econômica e política dentro da URSS ocasionou o fim da política externa de apoio político, militar e financeiro para os partidos de libertação nos países da periferia capitalista, sendo assim, o ANC perdeu o suporte do seu principal apoiador. Da mesma forma que a burguesia sul-africana perdia os seus apoiadores externos, diante das sanções econômicas. O regime do *apartheid*, portanto, se via tensionado dentro e fora das suas fronteiras.

Antes de assumir que precisava negociar o fim do *apartheid*, estabelecendo o diálogo com o ANC, as tentativas do Partido Nacional de fomentar uma maior integração das demandas sociais dos trabalhadores negros, que desde 1971 não eram reconhecidos como cidadãos sul-africanos, mas cidadãos das reservas e trabalhadores migrantes, sem promover a igualdade política e civil, passavam por propostas como criar uma Federação de Estados soberanos de maioria negra dentro da África do Sul. Porém, os efeitos deletérios de relações de produção estruturadas por décadas para diminuir a presença do capital variável nas indústrias, na mineração e no campo, segundo a proposta do regime racista de diminuir progressivamente a dependência da África do Sul do “trabalho vivo” dos negros, como foi idealizado pelo principal formulador do sistema social e econômico do *apartheid* e Professor de Psicologia e Serviço Social⁷⁹ da Universidade de

⁷⁹ Os estudos de Hendrik Verwoerd, após o retorno do seu Pós-doutorado na Alemanha, em 1928, foram fundamentais não apenas à elaboração do projeto de sociedade do desenvolvimento em separado denominado *apartheid*. A obra intelectual de Verwoerd sobre os impactos sociais da crise capitalista de 1929 sobre as condições dos trabalhadores brancos pobres, majoritariamente africanos, foi a matriz teórica e discursiva que fundamentou o início e o desenvolvimento do Serviço Social na África do Sul (PATEL, 2013; SMITH, 2014). Logo, a assistência e a proteção social ao trabalhador branco pobre e sua família se tornaram o objeto da intervenção profissional dos assistentes sociais. Um exemplo da precocidade da profissão no mundo anglo-saxão e da rápida adaptação do conservadorismo profissional às realidades de sociedades pós-coloniais é a África do Sul. O país que tornou o racismo regime de Estado teve o seu primeiro curso de Serviço Social criado em 1924, na University of Cape Town. Entre 1924 e 1948, ano em que o Partido Nacional chegou ao poder, instituindo o *apartheid*, a formação em Serviço Social já havia se expandido para várias universidades sul-africanas. Nesse contexto, dois professores representavam os discursos hegemônicos na formação dos assistentes sociais: o Professor Bateson, da University of Cape Town, que difundia a abordagem liberal, e o Professor Hendrik Verwoerd, considerado o idealizador do *apartheid*, docente da University of Stellenbosch, que representava a vertente do nacionalismo *afrikaner* para o Serviço Social. Ambas as perspectivas tinham currículos baseados nos modelos britânico e norte-americano de enfoque clínico, com apelo ao ajustamento do comportamento individual (LOMBARD, 1998; KOTZE, 1998), mas a última evocava também a divisão racial da sociedade e do bem-estar, com vista à proteção social dos brancos. Soma-se a isto o impacto dos Relatório da Comissão Carnegie que apontava aquela que se tornaria a

Stellenbosch, Hendrik Verwoerd, que governou o país entre 1958 e 1966, levaram a África do Sul a uma grave crise de acumulação e ao desemprego estrutural. Afinal, a diminuição da presença do trabalho vivo, generalizou a redução da extração de mais-valia e a criação de um enorme exército industrial de reserva, formado por negros e, em menor proporção, por indianos e *coloureds*. Na transição à democracia, a exigência neoliberal de uma maior abertura ao mercado e de menor rigidez na contratação da força de trabalho, na contramão das propostas, fez o país se desindustrializar e ocasionou o crescimento do desemprego, dos trabalhos precários e de baixa remuneração, até mesmo para os trabalhadores brancos menos qualificados, seguindo a justificativa de tornar o país mais competitivo e atraente ao investimento externo direto.

A desindustrialização, o desemprego disseminado e aparentemente “estrutural”, a austeridade fiscal aos níveis tanto nacional como subnacional, a ascensão de discursos neoconservadores e um apelo muito forte à racionalidade do mercado (como o gerencialismo, a teoria do gotejamento e a teoria das agências) e à privatização, representam o cenário para entender por que tantos governos nacionais, muitas vezes de orientações políticas diversas e dotados de poderes legais e políticos distintos, adotaram discursos políticos muito parecidos, majoritariamente orientados às demandas de acumulação de capital, portando formações ideológicas neoliberais e reforçando a matriz discursiva neoliberal em todas as esferas da sociedade.

A maior ênfase nos governos subnacionais para enfrentar essas consequências da crise capitalista, a partir de 1973, está relacionada com o declínio da capacidade do Estado-Nação de controlar os fluxos financeiros das empresas multinacionais, de modo que o investimento assume cada vez mais a forma de negociação entre capital financeiro internacional e os poderes locais (que

problemática central do Serviço Social no país da autocracia racial entre as décadas 1920 e 1960: a questão dos trabalhadores brancos pobres e suas famílias, que concentravam 75% da renda do país, mesmo sendo menos de 20% da população, fortemente sustentada pelo nacionalismo africâner e pela necessidade de criar uma justificativa racial ao sistema de ultra exploração da força de trabalho negra (FEINSTEIN, 2005; PATEL, 2013; SMITH, 2014; TERREBLANCHE, 2005). Como apresentava o slogan da campanha do Partido Nacional nas eleições gerais de 1948: “The white man must remain master” e o Serviço Social sul-africano, até a década de 1980, manteve-se majoritariamente comprometido com o sistema de segregação por raça e classe (SMITH, 2014).

fazem o possível para maximizar a atratividade do local/região como chamariz para o desenvolvimento capitalista) (HARVEY, 2005, 2008; HIRSCH, 2010).

Não restam dúvidas de que, entre as condicionalidades apresentadas pelos representantes do capital ao ANC, no momento das negociações à transição, estava a necessidade do novo regime proteger a propriedade e o poder econômico e político da finança, preservando-os de qualquer medida ou reforma estrutural que pudesse socializar a riqueza, como era desejado na *Freedom Charter* e pela maioria da população que levou (e ainda leva) o ANC à presidência, desde 1994.

Assim como a elite política africâner, aglutinada no Partido Nacional, promoveu a nacionalização dos setores mais expressivos da economia sul-africana após vencer as eleições de 1948, no intuito de expandir o controle do Estado sobre a economia, retirando parte importante do poder econômico da elite de origem inglesa, o Partido Nacional desde a década de 1980, ao constatar que era inevitável negociar com o ANC uma transição, promoveu uma onda de privatizações de grandes empresas estatais e de serviços de abrangência nacional, deixando o Estado esvaziado de poder econômico.

Além disso, a ascensão do Estado gerencial ou Estado empreendedor teve um papel importante na transição geral da dinâmica do capitalismo de um regime fordista-keynesiano de acumulação capitalista para um regime de “acumulação flexível” e de pauperização ampliada, como se observa na África do Sul democrática. Naquele que já foi o mais rico país africano, os *PUI's problems* foram agravados, a partir da afinidade da infraestrutura econômica com os discursos políticos que defendiam a geração de empregos por meio da abertura do mercado e da privatização máxima dos serviços de bem-estar social.

Neste sentido, o capitalismo tardio, a partir de sua forma política, o Estado neoliberal, parece ter ressignificado os governos locais como novos espaços de acumulação privilegiada de capital, sem os amplos compromissos sociais do Estado keynesiano centralizador na provisão de serviços para a reprodução social do trabalho, que na África do Sul sempre foi um privilégio dos brancos. A racionalidade neoliberal e o seu fetichismo pela descentralização dos processos de acumulação de capital parecem ser uma dimensão territorial da restauração do poder de classe,

pois, mesmo que, com raras exceções, sejam acompanhados por um clima mais favorável aos negócios, a descentralização, sob a perspectiva neoliberal, é caracterizada por meio da acumulação por espoliação ou especulativa, por uma crescente precarização dos serviços sociais públicos e pelo aumento da intensidade da exploração da força de trabalho. Talvez o maior exemplo dessa tendência na África do Sul seja a Província de Western Cape, governada pelo *Democratic Alliance* (DA), que vem buscando tornar a província o epicentro da terceirização de serviços na África do Sul, tendo a maior taxa relativa de criação de empregos do país. Estes são, sobretudo, empregos sem estabilidade, de baixa remuneração e sem seguridade social (DAVIE, 2015). Por fim, empregos para a criação de um precariado negro e dependente parcial ou totalmente dos precários serviços sociais públicos para satisfazer suas necessidades sociais em saúde. Neste ponto, vale recordar que 64% dos sul-africanos contam apenas com os serviços públicos de saúde e com a medicina e sistemas de cura tradicionais.

A maioria dos sul-africanos não-brancos vivenciou níveis profundamente intensos de exploração da força de trabalho durante o regime do *apartheid*, em que os custos do capital variável eram inferiores aos mínimos necessários à reprodução da força de trabalho. No entanto, após 21 anos do fim do racismo de Estado e de mandatos consecutivos do ANC, o desemprego de longa duração e a intensificação das iniquidades sociais, da pobreza e o residual sistema de bem-estar, decorrentes da neoliberalização da economia que condicionou à transição democrática, projetam uma realidade pouco animadora sobre os limites estruturais do Sistema Nacional de Saúde. Mesmo que a intensificação do intercâmbio econômico Sul-Sul, especialmente com a China, tenha aumentado o investimento externo direto, a riqueza absoluta e as exportações do país, estas transformações parecem não se materializar em melhorias significativas na vida de amplas parcelas de sul-africanos pertencentes às classes e grupos subalternizados, tendo em vista que os problemas continuam a ser a intensa exploração da força de trabalho negra, por preços insignificantes, e a incapacidade do ANC em promover a distribuição de riquezas e oportunidades, ainda concentradas na minoria branca. Embora tenha sido observada uma expressiva mudança da “cor do capital”, a partir da formação de uma burguesia negra, este processo foi acompanhado pelo aumento da

pauperização dos trabalhadores de todos os grupos raciais, sobretudo dos trabalhadores negros e *coloureds*, como aponta o trabalho de Vusi Gumede (2015).

Como evidenciam Ari Sitas (2010), Grace Davie (2015), Sampie Terreblanche (2012), Patrick Bond (2011), Leila Patel (2013) e Nicoli Natrass (2013), a abertura da economia, segundo diretrizes neoliberais ultra ortodoxas, expandiu o desemprego e o desemprego estrutural, e a desindustrialização, a precarização e flexibilização do trabalho e um aumento da vulnerabilidade social, ocasionada pela crescente pauperização. Segundo Sampie Terreblanche (2012), mesmo a tão exaltada entrada da África do Sul no grupo dos BRICS se configura como a integração do país em um novo eixo de exploração socioeconômica capitalista, em que China, Índia, Rússia e Brasil almejam explorar os recursos minerais do país e do continente, utilizando-se da moderna infraestrutura e da mão-de-obra local⁸⁰.

David Harvey, em seus trabalhos *Neoliberalismo como Destruição Criativa* (2007) e *Neoliberalismo: história e implicações* (2008), realiza significativas análises sobre o recente avanço e complexificação das desigualdades sociais nesses países, os que foram chamados entre 2000 e 2014 de “protagonistas da ascensão do sul”.

O expressivo crescimento das desigualdades entre classes e entre regiões, tanto internamente nos países (como na China, Rússia, Índia, México e África do Sul), quanto internacionalmente, constitui um sério problema político que não pode continuar a ser ignorado, como se fosse problema de uma “transição”, a caminho de um mundo neoliberal perfeito. A ênfase neoliberal nos direitos individuais, sobretudo dos direitos relacionados à preservação da propriedade privada e o crescente uso autoritário da força do Estado para apoiar o sistema tornam-se um estopim de conflitos (HARVEY, 2007).

⁸⁰ Segundo David Harvey (2008), a existência de uma massa de desempregados de longa duração na África do Sul, inclusive com experiência no setor industrial, inseriu o país na rota das maquilas sul coreanas e taiwanesas, confirmando os achados do trabalho de Ari Sitas (2010) que evidencia a intensa relação entre transição à democracia, adesão ao neoliberalismo e generalização do trabalho precário na África do Sul Pós-*apartheid*.

Vale ressaltar que o economista Jim O’Neill que, em estudo de 2001, intitulado *Building Better Global Economic*, “Construindo uma Melhor Economia Global”, elaborou o termo “BRICs”, criticou a entrada sul-africana no grupo. Para ele, mesmo a África do Sul sendo a economia mais desenvolvida da África e tendo a China, o mais rico dos BRICs, como principal parceiro comercial, apresentava uma economia e taxas de crescimento muito abaixo das dos demais membros do grupo. O país é a 31ª economia do mundo e o seu PIB é quatro vezes menor que o da Rússia, a economia mais frágil entre o grupo original (FIGUEIREDO, 2013). Mas a entrada sul-africana nos BRICS, ocorrida em 2011, embora não pareça legitimada pelo porte da economia, é justificável pelo papel político e de liderança que o país assumiu no continente após o fim do *apartheid* (PEREIRA, 2012). A expectativa é de que o novo integrante possa aprofundar as relações da China e da Índia no continente. Essas duas potências, especialmente a China, vêm se tornando o maior parceiro econômico e de desenvolvimento social de várias economias africanas, mas a crescente dimensão do intercâmbio material sino-africano demanda infraestrutura financeira e de serviços que só a África do Sul dispõe (FRENCH, 2014; PEREIRA, 2013). Mas esse movimento não vem sem resistências. Setores da esquerda e dos partidos de oposição, como a DA, vêm criticando a entrada do país nos BRICS. Enquanto setores da esquerda alegam que o grupo pode subalternizar ainda mais a economia e os trabalhadores sul-africanos, a DA e os *think tanks* neoliberais defendem o retorno da intensificação do intercâmbio econômico, político e de cooperação com os países de capitalismo central, do eixo América do Norte-Europa ocidental.

Como se viu, a partir do trabalho de David Harvey (2007, 2008), as crescentes disparidades socioeconômicas, a aguda polarização da renda e a fragmentação espacial ainda estão muito presentes nos territórios das atuais cidades globais e países dos BRICS. Além disso, a complexidade dos problemas sociais e a baixa qualidade de vida em algumas das cidades deste grupo não acompanharam o notável crescimento econômico, o nível de competitividade e os fluxos de investimento deste conjunto de potências regionais. Diante dessa dinâmica de acumulação de riqueza para poucos, entende-se que o nível extremo das desigualdades sociais em saúde e a complexificação das refrações da questão social em cidades-BRICS como Joanesburgo, Cidade do Cabo e Durban não são anomias ou falhas corrigíveis do sistema econômico, mas expressões do

projeto de Estado orientado à restauração do poder de classe do capital, o projeto neoliberal. Ou será que o Estado gerencial, conformado desde o início da década de 2000, em alguns países emergentes, representado na África do Sul pelos Governos de Jacob Zuma, aponta para um projeto de Estado que rompe com o neoliberalismo? A partir das análises de David Harvey (2007, 2008, 2011), Gillian Hart (2013), Grace Davie (2015), Joachim Hirsch (2010), Leila Patel (2013), Patrick Bond (2014), Vusi Gumede (2015), acredita-se que não.

Essa convivência entre crescimento econômico e desigualdade social nas urbes BRICS sul-africanas é majoritariamente apresentada no discurso teórico neoliberal como uma disfunção corrigível do neodesenvolvimentismo. Estas “falhas” seriam corrigidas pelos Programas de Ajuste Estrutural e de reformas regressivas às classes trabalhadoras implantados nesses países entre as décadas de 1980 e 1990 (DAVIS, 2006; HARVEY, 2008), mas permanecem reais e objetivas em todas as principais metrópoles BRICS. No caso sul-africano, essas contrarreformas, iniciadas ainda no primeiro mandato de Botha, e aprofundadas nos três primeiros governos nacionais do ANC, não responderam à crescente pauperização da sociedade e à demanda por uma democracia social, “por uma essência democrática”, parafraseando Ellen Wood (2006). Muito pelo contrário, o ajuste neoliberal, em um período de uma transição política submetida às diretrizes do grande capital e de cooptação de lideranças do ANC, ocasionou uma complexificação das desigualdades sociais em saúde na África do Sul e, conseqüentemente, novos desafios ao Departamento Nacional de Saúde e aos Departamentos provinciais, aos distritos de saúde e a todo o novo sistema de bem-estar social desracializado, criado junto com a redemocratização.

Em uma crítica à tese, ainda hegemônica, de “falhas corrigíveis do desenvolvimento sob o capitalismo”, David Harvey (2005, 2008) defende que, desde a crise do capital de 1973, ocorreu uma reconfiguração da função dos governos nacionais e subnacionais. Nessa nova fase da acumulação do capital financeiro, o papel das cidades e dos governos dos estados como “novos empreendedores”, diante das chamadas “crises do Estado-nação” e do “Estado de Bem-Estar Social”, assume o desenvolvimento social e a qualidade de vida do território como uma questão residual, sendo inerentes aos padrões de intervenção social do que ele denomina de “Estado Gerencial”. O Estado Gerencial tem como função tornar os territórios nacionais e subnacionais

mais atraentes ao desenvolvimento capitalista e se caracteriza como conservador na provisão de serviços públicos de bem-estar social: saúde, educação, regulação do trabalho, habitação (HARVEY, 2005, 2008). A caracterização de David Harvey (2005, 2008) e Joachim Hirsch (2010) sobre o chamado “Estado Gerencial” não é de que ele realiza uma retirada do papel de regulador social e que perca a sua função no processo de reprodução social. Pelo contrário, o Estado Gerencial ou Estado empreendedor pode promover e até expandir políticas, programas e serviços sociais, mas não o faz dentro de uma perspectiva universalista, desmercantilizadora de necessidades sociais e não eleva esses serviços sociais, geralmente básicos, descentralizados e focalizados à condição de direitos universais de cidadania. Mesmo em sua expressão mais “generosa”, o Estado gerencial preserva e promove o lugar do mercado e repassa a estados, províncias e municípios/cidades uma carga de responsabilidades sociais que os mesmos, geralmente, não têm condições técnicas, financeiras e políticas para assumir.

Esta foi justamente a posição assumida pelo ANC, desde o fim do segundo mandato de Thabo Mbeki, que precisava responder ao fracasso do GEAR em criar os empregos e a distribuição de riqueza almejada e, para lidar com os efeitos da crise mundial de 2008, que colocaram fim até nas taxas expressivas de crescimento econômico que o país alcançou desde o começo dos anos 2000. A partir do primeiro mandato de Jacob Zuma, o discurso político do ANC apelava para o neodesenvolvimentismo e a um Estado orientado às necessidades das classes e grupos mais subalternizados pelo *apartheid* e por 15 anos de neoliberalismo, que fizeram da África do Sul o mais desigual país do mundo. Mas, passado o primeiro mandato de Zuma, ficou claro que ele não estava disposto a romper a conformação do Estado gerencial sul-africano. Mesmo que tentando buscar novos aliados capitalistas, em países emergentes como os dos BRICS e intensificando as parcerias econômicas com a China e com a expansão da cobertura dos serviços de saúde e de reformas dentro do sistema nacional de saúde, as restrições estruturais da economia neoliberal continuam vigentes, preservando o grande capital, especialmente a fração financeira e os sujeitos do MEC.

Para Mike Davis (2006), Bob Deacon (2007) e David Harvey (2006), o crescente repasse, aos níveis subnacionais do Estado, do papel de provisão de bem-estar social também foi

determinado pelas fragilidades das novas democracias para resistir aos programas de reformas neoliberais, especialmente nas nações pertencentes ao chamado terceiro mundo. Como aponta Gosta Esping-Andersen (1995), as determinações macroeconômicas dos planos de ajuste neoliberal foram a norma, na maioria dos Estados Nacionais, entre os anos de 1980 e 1990, mas não assumiram as mesmas expressões, nem mesmo dentro do continente europeu. Para o sociólogo sueco, o nível de organização política da classe trabalhadora (compreendida como sujeito político fundamental à expansão ou retração do bem-estar social público estatal), dos grupos subalternizados, dos partidos políticos, das instituições de bem-estar e do nível de amadurecimento das democracias resultou em modelos e planos de reforma do Estado muito distintos, sendo as reformas neoliberais menos deletérias aos regimes de bem-estar orientados à classe trabalhadora e à desmercantilização do cuidado e dos serviços sociais (os regimes corporativo e da social democracia), do que aos países em que o Estado providência estava orientado ao controle e ao alívio da pobreza, aliada à mercantilização do bem-estar (o regime anglo-saxão ou residual). Em síntese, os processos de (contra)reforma do Estado são tão plurais e heterogêneos quanto os regimes de bem-estar que contestaram.

Vale recordar que a África do Sul, tradicionalmente, tomou como referência o regime de bem-estar social anglo-saxão, que pode ser caracterizado como interventor sobre a pobreza instalada quando a situação de risco e vulnerabilidade é concreta, ou sobre grupos mais vulneráveis ou subalternizados, através de um sistema de bem-estar social pouco expressivo na prevenção da pobreza e das condições de risco (FRASER, 2009; PATEL, 2013; SEEKINGS & MOORE, 2013). Portanto, o Estado intervém quando o indivíduo não tem como responder as suas necessidades sociais individualmente, por meio da venda da sua força de trabalho ou quando não conta com adequado suporte material ou de cuidados oriundo de grupos primários como família e comunidade. Sendo assim, a intervenção estatal se dá quando o indivíduo ou família já enfrentam as expressões concretas da vulnerabilidade social ou de outras formas de pauperização ou subalternização, intervindo sobre o risco já instalado.

Por exemplo, as medidas mais notáveis e amplas de assistência social na África do Sul Pós-*apartheid* são os programas de transferência de renda, para grupos e indivíduos comprovadamente

pobres ou incapacitados de prover sua subsistência por meio da venda da sua força de trabalho ou da renda de sua família. Estas mulheres e homens, mesmo que provem o seu enquadramento na condição de possível beneficiário dos programas de *social grants*, não têm garantias de que venham a ser beneficiados por estes programas de transferência de renda. Pois mesmo os recursos para os serviços sociais mínimos são controlados pelo Ministério das Finanças, que desde que o ANC chegou ao poder, reserva este cargo a ministros de clara orientação neoliberal e com excelentes ligações com o mercado, a exemplo de Trevor Manuel e Nhlanhla Nene, uma óbvia condição do MEC para aceitar o fim do *apartheid* e um governo de maioria negra conduzido pelo ANC. A rápida reação do mercado financeiro à demissão de Nhlanhla Nene, assíduo defensor do corte dos gastos públicos sociais e do poder da finança sobre o Estado, em 9 de dezembro de 2015, e o impacto disto na desvalorização do Rand, na abrupta queda de investimento de capitais no país e na queda da legitimidade de Jacob Zuma entre a comunidade de negócios evidenciaram o poder da finança sobre os processos políticos na África do Sul e culminaram no pedido de *impeachment* contra o Presidente Jacob Zuma, no primeiro semestre de 2016, sendo a primeira vez que isso ocorre, mesmo que Jacob Zuma tivesse mais de 700 processos judiciais por corrupção. Estes processos sociais decorrentes da submissão quase que total do Estado sul-africano ao poder do capital financeiro afirmam uma das teses centrais da teoria materialista do Estado: a da unidade dialética e inseparável entre Estado e produção capitalista. Dessa forma, processos e sistemas políticos que surgem no discurso político do Estado capitalista e de seus atores devem ser analisados frente ao significado e lugares sociais destes discursos nas relações de produção e lugares de classe. Afinal, só existe Estado, mesmo o mais generoso Estado de bem-estar social, se em última instância ele garante as condições necessárias à acumulação e valorização do capital. Analisando a formação do Estado democrático sul-africano, constituído pelos sujeitos da transição: setores do MEC, organismos multilaterais e lideranças do ANC, ficam evidentes os motivos do Estado Sul-africano e suas instituições estarem tão profundamente orientados às necessidades do capital.

Neste sentido, o mesmo limite construído pela supremacia da finança para a preservação das desigualdades que marcam as relações de produção na África do Sul democrática se reflete nas políticas e programas de saúde que, mesmo orientados à perspectiva da atenção primária em saúde,

segundo as premissas da Declaração de Alma Ata, se voltam bem mais aos riscos em saúde já materializados na vida de indivíduos e comunidades sul-africanas: HIV/Aids, tuberculose, violência, doenças transmissíveis e doenças crônicas (DENNILL, 2014; MACINTYRE *et al*, 2009; RISPEL & MOORMAN, 2013). E mesmo estas intervenções do Estado na saúde são estruturalmente contidas pelas diretrizes fiscais e econômicas que tornam marginal o financiamento das políticas sociais, mesmo estas sendo focalizadas na pobreza e na pobreza extrema. Para ilustrar esta lacuna estrutural no residual sistema de bem-estar social sul-africano, vale lembrar dos mais de 10 milhões de pessoas em pobreza extrema que, mesmo sendo elegíveis, cumprindo todas as condicionalidades para o acesso, não recebem nenhum tipo de *social grant* ou renda oriunda da venda da sua força de trabalho.

O capitalismo tardio ou financeiro e sua necessidade de mercantilizar ao máximo o sistema e os serviços de bem-estar social, impondo claros limites políticos à criação de um sistema de proteção e de seguridade social como direito de cidadania, desmercantilizado e sob responsabilidade do Estado, parece se materializar de forma extrema na África do Sul Pós-*apartheid*. Desde o contexto de negociações tuteladas pelo capital para transição à democracia, em que foi engendrada a matriz discursiva dos discursos políticos na África do Sul: a neoliberal, a aplicação do neoliberalismo vem frustrando, em uma das economias mais desenvolvidas do mundo, tendo em vista o nível das forças produtivas, a possibilidade do fundo público ser aplicado na criação de uma rede de seguridade social que pudesse prevenir os impactos da pauperização sobre mais de 16 milhões de sul-africanos pobres e 10 milhões em condição de miséria. Além destes, cerca de 27 milhões de pauperizados, que compõem mais da metade da população nacional. Um Estado social ampliado poderia prevenir da pobreza mais de 5,5 milhões, que compõem o precariado sul-africano e que correm o risco de se tornarem pobres nos próximos anos. Este precariado é formado por trabalhadores que ganham pouco mais do que a linha de pobreza nacional, que é \$ 4.125,00 Rands mensais para uma família de 4 pessoas. Esta linha oficial de pobreza por núcleo domiciliar foi estabelecida mesmo sendo de amplo conhecimento que a renda média de uma família sul-africana de quatro pessoas, para atender minimamente as suas necessidades básicas, teria que ser de Rands \$ 5.276,00. A expansão da renda dos mais pobres, a partir de uma outra

estrutura tributária e fiscal, seria o meio para erradicar a miséria, mitigar a pobreza e o risco de empobrecimento.

Assim, vários estudos apontam que uma expressiva reforma tributária progressista, a exemplo dos estudos de Colin Bundy (2014), Grace Davie (2015) e Sampie Terreblanche (2005, 2012), assim como, a criação de um salário mínimo nacional e de uma política de valorização do valor real do mesmo, inspirado na experiência brasileira do Partido dos Trabalhadores, dos quais destacam-se os trabalhos de Neil Coleman (2014) e de Gilad Isaacs (2016), teriam um expressivo impacto sobre as condições de vida das frações mais pauperizadas e subalternizadas da população sul-africana, diminuindo significativamente os principais fatores que determinam o processo saúde e doença e a expressiva desigualdade social em saúde, que levam à vulnerabilidade estrutural os mais pobres, os idosos, as mulheres, as crianças, as minorias sexuais e identitárias, as populações rurais, das *townships* e que vivem em assentamentos precários. Sobre a extrema desigualdade de renda sul-africana, o trabalho de Gilad Isaacs (2016) evidencia que a renda média mensal dos trabalhadores em tempo integral pertencentes aos 10% mais ricos em 2014 era 82 vezes maior do que a renda média dos 10% mais pobres.

No caso sul-africano, a permanência da pobreza extrema e o surgimento de novas expressões da questão social, como a ascensão de forças reacionárias e antidemocráticas entre os negros, o fortalecimento das organizações supremacistas dos brancos, que desde 1989 reclamam a criação de um Estado independente para o povo africâner chamado de *Boerevolkstaat*, o fortalecimento da violência xenofóbica contra comunidades de imigrantes africanos e asiáticos praticada por sul-africanos de todas as raças, assim como, o desemprego e as iniquidades sociais, em decorrência da permanência do neoliberalismo ortodoxo como ideologia das elites políticas, e o surgimento de novas formas de pauperização e de organização coletiva reacionária e/ou racistas, estão pondo em risco os limites da democracia burguesa conquistada com o fim do *apartheid*.

A permanência do ANC no poder, desde a democratização do país, é a expressão de uma democracia pouco saudável, afirmam Sampie Terreblanche (2012) e Anthony Butler (2012). Porém, para Terreblanche (2012) e Ari Sitas (2010), Colin Bundy (2014), Gillian Hart (2013), Leila

Patel (2013), Patrick Bond (2010, 2014), Vusi Gumede (2015) e Anthony Butler (2012), outra fragilidade, ainda mais séria à democracia no país, são a pobreza e a pobreza extrema, as crescentes iniquidades entre e dentro das classes sociais, que assumem contornos raciais, e o desemprego estrutural e de longa duração.

Quando se tem como única questão “como sobreviver ao dia de hoje?”, os pobres e miseráveis que compõem 51,7% da população sul-africana não têm tempo, nem meios para problematizar sobre as escolhas políticas e os projetos de Estado. Quando os negros e negras pobres se organizam em protestos e levantes por melhores condições de vida, eles o fazem como estratégia de sobrevivência em grande parte pela interrupção ou insuficiência de serviços sociais básicos, e não como resultado de uma “tomada de consciência” sobre as determinações do pauperismo e da subalternidade econômica do país ao capital financeiro e ao MEC ou em decorrência da elaboração de projetos de emancipação política ou humana.

Embora os protestos iniciados em 2015 por estudantes e trabalhadores das universidades evidenciem que a continuidade da estrutura econômica, ideológica e cultural do *apartheid* não seja mais amplamente aceita, e que a transição política não foi suficiente para superar séculos de regimes de segregação, estes movimentos, formados por trabalhadores terceirizados da educação superior e por estudantes universitários pertencentes à classe trabalhadora negra, que cresceram nas duas décadas de democracia, não têm uma relação de classe ou organizativa com os “movimentos pela oferta de serviços sociais”, formados pelas parcelas mais pauperizadas da classe trabalhadora sul-africana. Embora esses movimentos tenham se intensificado desde 2004, os sujeitos coletivos dos *service delivery protests* fazem parte da paisagem política desde os primeiros anos da democracia, quando ficou claro para as frações mais subalternizadas dos trabalhadores e trabalhadoras e para o enorme exército de reserva que as promessas da *Freedom Charter* e do RDP não seriam cumpridas pelo ANC.

Em paralelo, a desconfiança em relação ao principal partido de oposição, a Democratic Alliance, identificado como um partido orientado às necessidades dos brancos e das elites sul-africanas, afasta grande parte dos movimentos sociais de alianças com a DA. Mesmo governando

a segunda província mais rica, cuja capital é o segundo centro econômico da África do Sul, e a base eleitoral do DA, localizada em Western Cape, nos últimos 20 anos de democracia, este partido não consegue galgar muito mais do que 20% dos votos válidos. O que, segundo Colin Bundy (2014), Grace Davie (2015) e Anthony Butler (2014), garante que, mesmo com o desgaste político da imagem do ANC, o partido ainda deve continuar no poder por algumas décadas, por ser identificado como a única alternativa à maioria do eleitorado negro.

Para Grace Davie (2015), foi justamente a enorme legitimidade do ANC junto à sociedade sul-africana, significado no imaginário popular como o partido de libertação nacional e não dos presidentes, que possibilitou ao partido a condução de medidas econômicas neoliberais tão ortodoxas quanto impopulares. Estas resultaram no aprofundamento da privatização do bem-estar social, a destruição da indústria nacional, e de mais de 4 milhões de postos de trabalho ainda na primeira década de democracia, em nome da abertura econômica e, por fim, o aprofundamento das desigualdades sociais. Fica claro que o MEC e os parceiros internacionais: o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e os bancos de ideias neoliberais, como as universidades de Chicago e Harvard, envolvidos na integração da elite do ANC, sabiam que o “Partido de Mandela” seria o único com a legitimidade popular necessária para introduzir o país no sistema global do capitalismo financeiro e implementar medidas de restauração capitalista em um país em situação de conflito e com uma classe trabalhadora profundamente organizada e combativa.

Ao lado disso, só o ANC poderia justificar, por meio de diversas transformações discursivas, como o projeto de revolução democrática e o seu discurso de socialização da riqueza e do bem-estar social foram transformados em um discurso legitimador e indutor da mercantilização quase que total das políticas sociais e da centralidade dos programas de transferência de renda, focalizadas em grupos e condições de vulnerabilidade/risco individual, mesmo com a redução da pobreza, decorrente da ampliação da cobertura das *social grants* e pensões de 4 milhões de beneficiários, em 1994, para 16,9 milhões em 2015. Esta importante política de transferência de renda, em um país que, de tão neoliberal, não tem um salário mínimo nacional, mesmo que retire parcelas significativas da população, especialmente nas zonas rurais, para fora das restritas faixas de pobreza abjeta, não tem se configurado como uma política

emancipatória, que facilitaria a mudança concreta dos beneficiários e das suas famílias para fora da condição de vulnerabilidade e risco. Não se deve esquecer que o salário mínimo nacional, pauta da agenda da classe trabalhadora por séculos, é uma das mais importantes políticas de renda mínima oriundas da luta da classe trabalhadora e dos movimentos sociais por justiça social e, mesmo este, é sistematicamente negado pelos governos nacionais democraticamente eleitos, sob argumentos difundidos pelo FMI e legitimados no discurso político do ANC. São as diretrizes neoliberais para a economia e a transformação ideológica operada na elite política do ANC que fazem da África do Sul Pós-*apartheid* mais desigual do que durante o regime do desenvolvimento em separado.

Mesmo reconhecendo a importância das medidas distributivas de bem-estar social e da necessidade de fortalecer a dimensão social da democracia sul-africana, McIntyre *et al* (2009), Dennill (2014) e Rispel e Moorman (2013) defendem que as políticas e programas de saúde do Estado sul-africano não devem se restringir à socialização do acesso a serviços de saúde de atenção primária, ou mesmo ao fortalecimento da atenção secundária e terciária, ainda subrepresentadas no projeto de reforma da saúde. Para os autores, as políticas públicas de saúde e todas as unidades e serviços que compõem o Sistema de Saúde da África do Sul democrática também devem se direcionar à transformação da cultura, requerendo a formação de lideranças políticas, para fomento da participação política e controle público⁸¹, uma maior regulação dos seguros privados de saúde e das parcerias público-privadas, uma maior desmercantilização dos serviços assistenciais de média e alta complexidade e intervenções nas determinações sociais no processo saúde-doença, tendo como cenário: as escolas, as comunidades, os ambientes de trabalho e os territórios onde se materializam os cursos de vida dos sul-africanos, visando não apenas curar e cuidar de doentes, mas promover a desconstrução das hierarquias entre os sexos, gerações e raças, a construção de masculinidades não violentas, promover os direitos sexuais e reprodutivos, etc.

⁸¹ O trabalho de Mike Davis (2006) evidencia a escassez de participação política da sociedade, “vazios democráticos”, nos países do chamado terceiro mundo e do antigo segundo mundo. Para o autor, esta realidade se agrava no continente africano e toma contornos mais profundos no caso do antigo mundo colonial inglês, do qual a África do Sul é parte.

Por fim, requer promover políticas de saúde e sociais integradas e orientadas que não sejam restritas à intervenção sobre as situações de risco e vulnerabilidade já existentes, mas direcionadas à promoção do bem-estar e da proteção social, garantindo o mais alto nível de saúde para os sul-africanos de todas as raças. Essa natureza emancipatória de intervenções do Estado sobre as refrações da questão social e demais relações assimétricas de poder são necessárias para reduzir a violência, prevenir a AIDS, prevenir e curar a tuberculose e, por fim, promover saúde e reparar os danos socioculturais do *apartheid*.

É necessário ressaltar que essas medidas serão realizadas (ou não) em um contexto marcado pela continuidade da crise global do capitalismo de 2008, em que os investimentos em desenvolvimento social e econômico vêm sendo relegados aos governos subnacionais, sendo, majoritariamente, muito mais favoráveis às necessidades de restauração de poder de classe do capital do que do trabalho.

Os trabalhos de Anthony Butler (2004), Colin Bundy (2014), Grace Davie (2015), Gillian Hart (2013), Kathleen Dennill (2014) e Sampie Terreblanche (2012) evidenciam que os governos das províncias, dos municípios e os distritos de saúde vêm sendo chamados para a prestação de serviços sociais e indução de desenvolvimento econômico e social, enquanto o Governo Nacional aprofunda as medidas de liberalização da economia, orientadas às necessidades de acumulação de capital, criando um *corpus* discursivo de legislação e políticas que dão crescente segurança ao poder da finança e reproduzem a centralidade da extrema exploração da força de trabalho negra. Essas redes de serviços sociais subnacionais, fomentadas pelas reformas neoliberais, vêm protegendo a acumulação de capital e aprofundando a pauperização das classes trabalhadoras (HARVEY, 2005), que, no caso sul-africano, continuam a ser os mesmos homens e mulheres que foram subalternizados pelo capitalismo racial do *apartheid* (BOND, 2014; BUNDY, 2014; GUMEDE, 2015; TERREBLANCHE, 2005; 2012). Um exemplo disso é o subinvestimento em seguridade e proteção social e a inexistente tributação subnacional sobre as grandes fortunas em países de capitalismo periférico (DAVIS, 2006; DAVIE, 2015; FEINSTEIN, 2005; HARVEY, 2008), que acompanhou a democratização da África do Sul, mesmo diante da descentralização do Estado.

O Sistema de Saúde da África do Sul democrática foi formulado tendo como ponto central os centros de saúde da comunidade, gerenciados por Distritos Sanitários, em que as crianças menores de 6 anos e mães grávidas receberiam tratamento gratuito, e serviços primários de saúde estariam garantidos a todos os cidadãos (DENNILL, 2014; GILSON *et al*, 2003; McINTYRE *et al*, 2009).

O sistema em implementação retoma muitas das propostas sobre organização e processos de trabalho em saúde da Comissão Gluckman, como se viu, elaboradas ainda na década de 1940, e suprimidas pelo sistema de saúde racista implantado pelo Partido Nacional durante o regime do *apartheid*. Os princípios para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, conforme descrito no *Green Paper*, são: melhorar o acesso aos serviços de saúde de qualidade para toda a população e fornecer proteção contra riscos financeiros dos gastos relacionados à saúde. O atendimento integral será fornecido através de provedores públicos e privados, credenciados e contratados, com um forte foco na promoção da saúde e nos serviços de prevenção na comunidade e nos níveis locais. Nos primeiros 5 anos do NHI, o Governo vai se concentrar no fortalecimento do setor público, em preparação para as novas metas do sistema, como o lançamento do novo fundo central do NHI, que estava previsto para acontecer entre os anos de 2014 e 2015. Como se vê, o NHI se encontra na fase inicial de sua implantação e ainda garante a participação do mercado privado de saúde na oferta complementar de serviços.

Mesmo assim, é necessário reconhecer que desde a democratização, os consecutivos Governos do ANC obtiveram significativas conquistas na reorganização sistêmica do Sistema Nacional de Saúde. Os 15 departamentos de saúde e a administração dos serviços de saúde dos bantustões foram unificados em um sistema nacional e descentralizados em nove departamentos provinciais de saúde. A atenção primária em saúde, objeto do universalismo básico do Sistema de Saúde, assumiu o Distrito Sanitário como ponto central da gestão e provisão dos sistemas e a descentralização como principal diretriz de organização da Política de Saúde.

Após 1994, o Sistema de Saúde Pública foi transformado em um serviço nacional, abrangente e integrado, impulsionado ideologicamente pelo objetivo de responder às históricas

desigualdades estruturais e para fornecer serviços de saúde essenciais para os segmentos mais desfavorecidos pelo antigo sistema racialmente segregador, especialmente na área rural do país. Para materializar esses objetivos, foi criado um programa nacional de infraestrutura clínica, em que 1.345 novas clínicas foram construídas e 263 reformadas, melhorando a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde. Além disso, ocorreu a expansão do acesso a cuidados primários em saúde, garantidos gratuitamente, como direito social de cidadania; grandes campanhas nacionais de vacinação reduziram muito a incidência de sarampo e observou-se um progresso acelerado na erradicação da poliomielite. Listas de medicamentos essenciais foram disponibilizadas e diretrizes de tratamento padrão foram desenvolvidas e emitidas tanto para unidades de cuidados primários como unidades hospitalares e unidades de atenção primária organizadas pelos distritos de saúde; a disponibilidade de medicamentos fundamentais em unidades de saúde pública de todos os níveis melhorou; foi criado um órgão regulador da produção de medicamentos e outro para regular os seguros privados de saúde. Ressalte-se que o objetivo central deste último é tornar os valores dos planos privados de saúde mais acessíveis e regular a qualidade dos serviços prestados.

É evidente que a África do Sul, assim como outros países emergentes, vem tomando a privatização parcial e o *mix* de parcerias público-privadas como modelo de sistema nacional de saúde. Nesse intuito, os organismos multilaterais, *policy makers* globais da saúde: Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM) vêm fomentando e legitimando o discurso de que a universalidade do acesso à saúde será garantida pela parceria entre o Estado, mercado e sociedade civil (DEACON, 2007; DENNILL, 2014; GILSON & McINTYRE, 2005; RIZZOTTO, 2012). Segundo essa perspectiva, hegemônica entre as organizações internacionais da saúde, resta ao Estado direcionar recursos e executar serviços de atenção primária, promovendo o universalismo básico e regulando a “inevitável” participação do mercado na provisão dos demais serviços (DEACON, 2007).

A análise do discurso dessas instituições realizada por Bob Deacon (2007) evidencia que os organismos multilaterais significam o *mix* público-privado na saúde como “um pacto entre e para além das classes sociais”. O autor conclui que, a partir dos anos 1980, o discurso do *welfarismo* universalista deixa de ser hegemônico entre as organizações, dando lugar à defesa de sistemas

residuais e abertos ao mercado. Segundo o autor, as reformas da saúde sob essa racionalidade estão em curso na África do Sul, Brasil, Rússia, Nigéria entre outros, e o que restaria aos governos nacionais, especialmente dos países de capitalismo periférico, seria maximizar os benefícios sociais dessa “rede de governança público-privada em saúde”. Essa tendência também foi identificada por Lucy Gilson e Diana McIntyre (2005) ao relacionar o crescimento do mercado privado de saúde no contexto dos países da África às pressões do FMI e do Banco Mundial.

Já o urbanista Mike Davis (2006) atribui a adoção dos modelos mistos (mercado, Estado e Organizações Não-Governamentais) na África e na América Latina, nas políticas de saúde e educação, às pressões do ajuste estrutural neoliberal. Para o autor, as massas de “traídos pelo Estado” nesses dois continentes cresceram nas décadas de 1980 e 1990 em decorrência do desmonte das políticas públicas de bem-estar social. Ao se referir à adoção da privatização do sistema de bem-estar social na África do Sul, ele defende a tese de que o governo sul-africano “escolheu esse modelo neoliberal”. Como se viu, contrário a essa tese da “escolha neoliberal”, como uma “opção entre várias” disponíveis aos governos pós-*apartheid*, Sampie Terreblanche (2005; 2012) e Grace Davie (2015) defendem que os setores corporativos estadunidense, europeu e nacional impuseram o GEAR como projeto de reforma neoliberal do Estado e que o preço da não adesão ao “modelo americano” pelo ANC seria a total desestabilização da economia sul-africana. Esse modelo permitiu que a desracialização e democratização do Estado não afetassem a manutenção da estrutura de propriedade privada e os interesses das multinacionais no país, assim como, da continuidade da exploração da força de trabalho negra por valores extremamente baixos. Disparidade racial que se manifesta na atualidade no processo saúde-doença e que se agudiza com as diferenças de classe.

É interessante apontar que mesmo depois do *apartheid* e da criação de uma Comissão da Verdade, sobre os crimes legitimados pelo regime de segregação, a responsabilidade e medidas de reparação do setor corporativo, que explorava ao extremo a mão-de-obra negra foram sistematicamente ignoradas (PEREIRA, 2012; SITAS, 2010; TERREBLANCHE, 2005). Por exemplo, as péssimas condições de trabalho e de vida dos homens negros nos abrigos fornecidos pelas corporações do Complexo Mineral-Energético foram responsáveis pela alta incidência da

epidemia de tuberculose entre estes. A responsabilidade dos capitalistas pela dívida social originada pelo colonialismo segregacionista e pelo *apartheid* foi encoberta pela transição tutelada pelas elites em que africanos negros foram entregues à sorte do mercado ou aos programas de transferência de renda condicionada (DENNILL, 2014; VAN RENSBURG & ENGELBRECHT, 2012).

No manifesto eleitoral do ANC, em 2014, intitulado *Together We Move South Africa Forward*, alguns dos avanços e desafios no campo da saúde pública são apontados pelo Partido. Nesse expressivo documento, sobre o futuro do Sistema de Saúde da África do Sul, já que Jacob Zuma foi reeleito, são listadas algumas melhorias na oferta e provisão de serviços de saúde. Por exemplo, a proporção de sul-africanos com acesso a clínicas e hospitais cresceu de 57% em 2002, para 70% em 2012; o número de bebês que nasceram soropositivos foi reduzido 66%, de 24.000 em 2008 para 8.200 em 2011; nos últimos 5 anos, a expectativa de vida chegou a 60 anos; mais de 20 milhões de sul-africanos fizeram o teste de HIV e 2,4 milhões receberam o tratamento antirretroviral gratuitamente. Em 2015, o número de soropositivos em tratamento gratuito e ofertado pelo Estado chegou a 3,1 milhões e a cada ano 600 mil novos beneficiados recebem a medicação do Estado e no primeiro semestre de 2016, chegou a 3,4 milhões.

Além de transformações no acesso a serviços de saúde e medicação, a nova Política Nacional de Saúde da África do Sul democrática também é direcionada à proteção do trabalho de mulheres grávidas; aborda questões como o controle de armas de fogo, o controle do tabagismo e reforça o papel e as responsabilidades do sistema de saúde nos cuidados pós-estupro e na materialização dos direitos sexuais e reprodutivos. As políticas e programas de prevenção e assistência às pessoas vivendo com HIV e AIDS têm sido reconhecidos como de referência internacional. Depreende-se, então, que, desde o fim do *apartheid* e da criação de um Sistema Nacional de Saúde desracializado, um processo ainda em implementação, registraram-se progressos na distribuição de recursos entre áreas geográficas e entre os níveis de atenção à saúde. A diferença nos gastos anuais por pessoa dependente dos serviços públicos de saúde, entre as províncias que mais e que menos investem em saúde, reduziu-se de uma diferença de cinco vezes, observada entre 1992-1993 a uma diferença de duas vezes em 2005-2006. Além disso, os

investimentos em cuidados primários de saúde aumentaram para mais de 22% do total do fundo público de despesas de saúde em 2005 (McINTYRE *et al*, 2009).

Ao analisar as mudanças e desafios do Sistema de Saúde Sul-africano a partir de 2009, Mayosi *et al* (2012) e Barbosa Filho e Rocha (2016), evidenciam que a África do Sul tem o maior programa de terapia antirretroviral do mundo. Mas, como destacam Vieira *et al* (2016), ao analisar o caso brasileiro, e Judith Head (2010), sobre a epidemia de HIV na África do Sul, o tratamento das pessoas soropositivas não se reduz ao acesso aos antirretrovirais. Segundo esses pesquisadores, o maior obstáculo à atenção integral das pessoas que vivem com HIV/AIDS é o acesso a outros especialistas e exames e a toda uma infraestrutura local que responda às suas necessidades sociais como pessoas que vivem com HIV/AIDS. Os trabalhos de Barbosa Filho, Vieira e Soriano (2016) e de Barbosa Filho e Rocha (2016) apontaram que o impacto das diretrizes neoliberais, sobre as políticas sociais são os principais obstáculos tanto à expansão do Sistema Nacional de Saúde, como ao Programa Nacional de Antirretrovirais, que todo mês tem a adesão de 50 mil novos usuários. Mais do que o acesso aos antirretrovirais estes homens e mulheres soropositivos do país que concentra a maior parcela da epidemia de HIV, demandam o acesso a serviços de saúde de diferentes especialidades e suporte de cuidados ou assistencial por parte do Estado, exatamente o tipo de intervenção que um Estado neoliberal propõe negar sistematicamente.

Nesse sentido, vale problematizar se o novo Sistema de Saúde da África do Sul, focalizado em programas específicos e universal apenas na atenção primária, terá como responder satisfatoriamente à complexa carga de doenças e perfil de morbi-mortalidade sul-africanas. Além disso, a perspectiva de utilizar o pagamento de taxas, garantindo a gratuidade apenas aos mais pauperizados ainda é causa de conflitos intensos dentro do Sistema. Analisando a emergência e institucionalização de sistemas de saúde residuais/focalistas em um contexto de mercantilização crescente dos serviços e sistemas de saúde, Martine Bulard (2010) classificou os sistemas africanos, que ela denomina “sistemas coloniais”, como profundamente limitados na resolução de suas complexas necessidades sociais em saúde por meio da universalização da atenção primária, que também pode ser denominada universalidade básica, restrita ou segmentada, já que pouco intervém sobre as determinações sociais da saúde. Para a autora, a fragilidade desses sistemas não reside nos

modelos e paradigmas de saúde adotados, mas nas restrições fiscais impostas aos sistemas públicos de saúde, fomentadas pelos Estados, com plena legitimação do Banco Mundial, OMS e outros organismos internacionais mais comprometidos com a saúde fiscal dos Estados e o pagamento dos juros da dívida externa.

Para Bulard, o sistema de saúde sul-africano e de outras nações põe em risco as necessidades sociais em saúde, mas garante a saúde dos mercados. Conforme comenta a OMS em seu relatório de 2008, as políticas de ajuste estrutural (negociadas pelo Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial) abalaram gravemente o sistema de saúde pública; as discrepâncias entre a oferta privada e pública de tratamentos médicos ampliaram-se. O documento da OMS acrescenta: “a mercantilização desenfreada dos sistemas de saúde africanos, sul americanos, asiáticos e do Leste Europeu os torna muito ineficientes e muito caros; a mercantilização vem acentuando as desigualdades e conduz a tratamentos de qualidade medíocre, e não raro até mesmo perigosos”. Martine Bulard defende a ideia de que a mercantilização dos sistemas de saúde e o poder das indústrias de medicamentos vêm criando um *apartheid* sanitário global, polarizado entre quem pode pagar por tratamento/assistência/cura e quem não pode, já que os sistemas mercantilizados se mostram ineficientes em promover saúde. A realidade do investimento em saúde na África Subsaariana no conjunto dos gastos mundiais é de 1%, quando a região concentra 12% da população mundial, o que evidencia as profundas desigualdades geradas pelos programas de ajuste estrutural, pela mercantilização e pela adoção de modelos e tecnologias de saúde ocidentais, que além de caras, desconsideram as práticas tradicionais de saúde.

No entanto, o novo Sistema de Saúde Sul-africano ainda enfrenta expressivos desafios, para além das restrições fiscais à sua implementação: conflitos e atrasos na definição de distritos sanitários, atrasos incorridos na definição dos limites geográficos entre esses distritos, de responsabilidades e recursos estruturais para os distritos e compartilhamento de gestão entre os três níveis do Estado. Na Lei Nacional de Saúde, a que foi aprovada ainda em 2004, tanto o sistema de saúde do distrito sanitário, como os cuidados primários de saúde foram definidos como responsabilidades provinciais; esta definição de poder, centralizado no nível provincial, resultou em que muitas autoridades municipais se desresponsabilizassem de suas funções de prevenção e

promoção da saúde, criando um potencial de ameaça de marginalização dessas atividades (DENNILL, 2014; McINTYRE *et al*, 2009).

Conforme apontam Anthony Butler (2004) e Ari Sitas (2010), a retirada do nível central do Estado na intervenção e ação social está deixando as comunidades, os governos locais, e as ONGs por conta própria, para criar suas próprias metodologias de ação. Para Sitas (2010), a globalização econômica neoliberal da África do Sul gerou um "efeito Castellsiano" de “marginalização em rede”, ao invés do esperado “Estado em rede”, pelo aumento do desemprego e das desigualdades sociais, tendo também criado um contexto de transformação da burocracia estatal. Mas, embora a descentralização de políticas sociais, como a de saúde, possa resultar em ampliação dos níveis de poder subnacionais e, conseqüentemente, na melhoria do bem-estar das populações que vivem nas províncias e cidades, metrópoles ou municípios, o processo de descentralização pode assumir distintas direções sociais. Sobre isso, as análises realizadas por Ari Sitas são esclarecedoras dos possíveis resultados da descentralização sobre o processo saúde-doença na realidade sul-africana. Para o autor, um crítico da pós-modernidade e da ideia de “Estado em rede”, o regime do *apartheid*, armado com uma ideologia de controle total e um paradigma biomédico de saúde, ficou alarmado, na década de 1980, quando os pesquisadores da epidemia de cólera em KwaZulu-Natal, declararam que a epidemia estava relacionada com a política de *apartheid*. Para os pesquisadores, o problema era “a fronteira da água” estabelecida pelo regime para priorizar o tratamento e o abastecimento da água para as áreas ocupadas por brancos. Após divulgarem os resultados de sua investigação, eles foram expulsos de áreas da pesquisa pela Polícia de Segurança. Como resposta, em seu paradigma de controle total sobre territórios e corpos, o Estado da autocracia racial decidiu fornecer saneamento seguro em algumas das áreas mais afetadas, a fim de parar o contágio.

Em oposição ao paradigma do antigo sistema, o novo governo pós-*apartheid*, sendo um crítico rigoroso do modelo biomédico do antigo regime, comprometeu-se com a medicina preventiva e com atenção primária em saúde, mas também, seguindo a racionalidade neoliberal de recuperação de custos e de comodificação dos serviços básicos, “fechou as torneiras” nas mesmas áreas, porque as pessoas que não recebiam água por causa das relações de segregação racial, são, em grande parte, as mesmas que agora não podem pagar por causa de sua posição subalternizada

nas relações de classe. O mais recente surto de cólera começou na área da *township* de Ngwelezane, na atual Província de KwaZulu-Natal, onde o Conselho de Uthungulu, conselho local de recursos hídricos, cessou o fornecimento de água potável para os moradores que não podiam pagar. Apesar do compromisso do governo do ANC para apoiar as iniciativas das comunidades, dos governos locais e das ONGs, essas ações deixaram de funcionar diante do nível de demandas provenientes da dívida social: a pobreza, as iniquidades sociais, o desemprego, o subemprego e a generalização dos empregos de baixa remuneração e desprovidos de esquemas privados de seguridade social.

Assim, nos níveis locais, o clima de deterioração do bem-estar social prevalece (BUNDY, 2014; KAYENDE, 2010). Ainda para Ari Sitas (2010), a transferência para comunidades e governos locais dos serviços e políticas sociais é pouco democrática e não é flexível para responder rapidamente aos visíveis sinais da crise da saúde, na mobilização de recursos, enfermeiros e medicamentos para assistir aos infectados e promover saúde.

Como ressalta Dennill (2014), os desafios aos distritos sanitários para criar subsistemas de saúde que respondam às necessidades sociais em saúde dos territórios de maneira mais eficiente e efetiva são o reflexo de todos os desafios impostos à Política Nacional de Saúde, que vão desde o subfinanciamento imposto pelo GEAR e resguardado pela Constituição de 1996, como pela hegemonia e preservação das práticas curativas e do paradigma biomédico entre os trabalhadores da saúde.

Entretanto, os desafios à reversão da dívida social colonial e do *apartheid* no campo da saúde não se restringem ao acesso a serviços de assistência médica, medicamentos ou suporte financeiro. As relações de poder de raça, sexo, gênero e classe social que incidem sobre a saúde de indivíduos e grupos sociais, erigidas sob esses sistemas de segregação, não foram totalmente transformadas com a mudança de regime, algumas até se complexificaram diante dos efeitos do desemprego de longa duração, da precarização dos serviços públicos, da pobreza e da ascensão de discursos neoconservadores⁸². A pauperização e o desemprego parecem ser as novas mantenedoras

⁸² Vale ressaltar que a África do Sul é um país bastante religioso (HEAD, 2010), e que as ideologias racistas do período colonial e do *apartheid* foram fundamentadas e promovidas pela Igreja Holandesa Reformada, de orientação

das linhas raciais criadas pelos sistemas anteriores e solo fértil aos discursos fundamentalistas, conservadores, que vão do tribalismo e ao patriarcado.

Por não intervir de forma ativa por meio dos níveis locais de governo, esferas do Estado mais propícias a incidir na execução de serviços e práticas sociais educativas e na transformação da cultura, o Estado abriu espaço para uma série de discursos e práticas disciplinares nas áreas terminais de interação: comunidades, escolas, bairros e cidades. Ideologias que estão ao mesmo tempo normalizando questões em torno de "pureza" estão se espalhando rapidamente em resposta à crise social e da saúde pública, invocando, assim, novos regimes e discursos repressivos e disciplinares sobre “corpos indisciplinados” e “práticas impuras”. Quer se trate de movimentos de base religiosa cristã, que pregam a sublimação e o controle da sexualidade, apelando para a ideia de pecado, ou estigmatizam o uso do preservativo, ao mesmo tempo em que celebram a fidelidade, monogamia e a abstinência; ou se são movimentos baseados na reinvocação de ritos tribais para testes de virgindade (feminina), e expurgar os impuros e os não-íntegros e tentar controlar a sexualidade feminina, eles estão criando divisão, desamparo e discórdia entre os considerados impuros, sofredores e pecadores enquanto se mobilizam em torno da força do "puro" (SITAS, 2010).

Exemplo dessa violência baseada em discursos sobre sexo e sexualidade, são os estupros coletivos com finalidade “corretiva” sistematicamente praticados contra mulheres lésbicas e a perpetuação na maioria das escolas sul-africanas da aplicação da metodologia ABC de educação sexual, em que os padrões e normas heteronormativos, cristãos e monogâmicos são apresentados como axiomas, excluindo ou interditando o debate sobre outras vivências de sexualidade, afetividade ou conjugalidade (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016; HEUNIS; WOUTERS & KIGOZI, 2012).

calvinista. Grande parte destas ideologias religiosas se condensou com o nacionalismo africâner para justificar a ultra exploração da força de trabalho dos negros e a destituição da terra dos negros e negras sul-africanos (TERREBLANCHE, 2005).

Essa transferência de responsabilidades aos governos locais, sem o correspondente repasse de recursos e sem a socialização do poder político e sem planejamento ascendente, é uma forma reconhecida de descentralização das políticas sociais em Estados que implantaram reformas neoliberais (HARVEY, 2005; LAURELL, 2008; HIRSCH, 2010). Essa alternativa ou direção de descentralização da política de saúde tende a isolar-se da possibilidade de lidar com as condições de deterioração do sistema e das condições sanitárias em longo prazo.

Segundo Asa Cristina Laurell (2008), a descentralização das políticas de saúde, amplamente fomentada pelas reformas neoliberais, não tem por objetivo central/não está orientada à democratização da política pública de saúde. Seus objetivos seriam permitir a introdução de mecanismos e modelos gerenciais, oriundos do mercado, e incentivar os processos de privatização, deixando em nível local a decisão a respeito de como financiar, administrar e produzir serviços. Foi essa uma das principais orientações do chamado “novo federalismo reaganiano”, o qual enfrentou uma expressiva resistência por parte dos Estados confederados norte-americanos, já que era considerado um pretexto para diminuir os recursos federais destinados aos serviços públicos.

Nota-se que a crítica neoliberal ao Estado de bem-estar é centrada em oposição àqueles elementos da política social que implicam desmercantilização, solidariedade social, participação política e coletivismo. Essa crítica condena os direitos sociais, o universalismo, a dissociação entre benefícios e contribuições trabalhistas, além da unidade entre administração-produção pública estatal de serviços sociais; ou seja, os elementos que caracterizam principalmente o Estado de bem-estar social dos regimes social-democratas, o direito de ter suporte financeiro e amplos serviços sociais pela condição de cidadão. Por isso, a aplicação das orientações neoliberais implica no desmonte das instituições e concepções fundamentais ou fundamentadas neste regime de Estado providência. No entanto, isto não ocorre nos regimes de bem-estar social liberal, que podem assimilar as orientações neoliberais, acentuando o domínio do mercado e a acumulação de capital no campo social. Nessa direção, não ocorre a retirada do Estado de bem-Estar no processo de reprodução social, mais cria-se um Estado mais generoso ao novo padrão de “acumulação por espoliação” (HARVEY, 2005) ou de *commodification* (mercantilização) (FAIRCLOUGH, 2008) do bem-estar social, preservando serviços sociais básicos, descentralizados e focalizados nos

grupos e classes mais pauperizados e subalternizados. Afinal, por mais liberal que seja o regime de bem-estar de um Estado, ele sempre tem que garantir um mínimo de estabilidade política e social para garantir a reprodução das relações sociais capitalistas (HIRSCH, 2010).

Em um Estado gerencial, como a África do Sul, mesmo com a expansão e descentralização de serviços básicos de saúde, o papel que desempenham os seguros, a produção privada de serviços médicos, assim como, a contratação pelo Estado de executores privados de saúde, considerados pela população mais eficientes e efetivos, é uma tendência crescente (DENNILL, 2014; HARVEY, 2008). Desde a democratização do país, as políticas e programas sociais do Estado sul-africano tomam como alvo as “lacunas” deixadas pelo mercado privado de serviços sociais (SEEKINGS & MOORE, 2013), em uma direção social que parece que só restam as políticas e programas sociais de Estado voltadas aos que “falharam” em se integrar ao mercado do bem-estar social, como os seguros de saúde e os hospitais e clínicas privadas, que continuam a corresponder a maior fatia dos gastos com saúde. Ao Estado Sul-africano só caberiam as responsabilidades sociais mínimas com uma suposta *underclass* que ainda não conseguiu usufruir das benesses do livre mercado, e mesmo esta vem sendo amplamente marginalizada.

A contrarreforma do Estado, amplamente criticada após o lançamento do GEAR, foi intransigentemente defendida por Nelson Mandela, aprofundado por Thabo Mbeki e, essencialmente preservada durante o primeiro e no início do segundo mandato de Jacob Zuma. O primeiro presidente democraticamente eleito comparava o discurso welfarista e reformador dos oponentes ao ajuste neoliberal, manifesto no GEAR, ao extremismo dos brancos da extrema direita racista. Considerando a conjuntura e a História da África do Sul, provavelmente, não existia no pós-1994 forma mais eficiente de invalidar, interditar e neutralizar qualquer contra-discurso de crítica ao ANC do que o igualar aos discursos dos radicais supremacistas brancos, em uma forma de manipulação discursiva semelhante a realizada pelo Partido Nacional para instituir o medo e o desprezo dos brancos em relação às pessoas de cor, e até mesmo dos *coloured* em relação aos negros. Dessa forma, as ideologias e as racionalidades que circulam nos discursos políticos na África do Sul ainda são de fundamental importância para compreender porque as coisas estão do jeito que estão.

Mesmo que o neoliberalismo ortodoxo implantado no país ideologicamente incetive a descentralização, a desracialização e o redesenho do Estado e das estruturas de governo, não se deve ignorar a tradição marxista-leninista das práticas políticas do ANC, historicamente centralizadoras e resistentes à socialização do poder político. Neste sentido, o Governo central, ao longo dos 21 anos pós-*apartheid*, mesmo que em uma democracia pluripartidária e com liberdade de expressão, se organizou por meio das lideranças do ANC para se manter forte e centralizando poder, no intuito de garantir que a agenda neoliberal fosse implantada sem ser questionada por governos subnacionais, como poderia ocorrer em cidades e províncias governados pelos partidos de oposição.

Mundialmente, o Estado neoliberal ou gerencial vem criando um sistema de *stewardship*, “mordomias”, ao mercado da saúde, seja pelo repasse total de certos grupos e frações de classe à iniciativa privada, os trabalhadores menos pauperizados, por meio da contratação de seguros privados de saúde, quer seja pela contratação, por parte do Estado, de agências executoras de serviços de saúde, as parcerias público-privadas, majoritariamente voltadas aos mais pauperizados sem cobertura universal e sem serviços que prezem pela integralidade. No caso sul-africano os subsídios diretos do Estado aos provedores e seguros privados de saúde são uma realidade que data dos últimos anos do período colonial, já que as linhas raciais aplicadas à classe trabalhadora permitiam que o Estado participasse do financiamento de serviços de saúde ao trabalho considerado civilizado, o realizado por brancos. Como se viu, a crise de acumulação e política que tomou conta do país após a crise capitalista de 1973, e pelos levantes da classe trabalhadora negra, foram seguidas pela passagem quase que total dos sul-africanos brancos para os seguros privados de saúde, aprofundando a mercantilização desta e de outras políticas sociais. Isto ocorreu em um cenário histórico em que a mercantilização do bem-estar social não colocava mais em risco o projeto de empoderamento econômico e político da classe trabalhadora africâner, praticamente concluído no fim da década de 1960. Neste cenário, mesmo os trabalhadores brancos mais pobres tinham renda suficiente para financiar serviços privados de bem-estar social, educação, saúde, moradia, etc. Assim como, de pagar pelas taxas cobradas nos serviços sociais públicos.

Dessa forma, mesmo tendo fracassado enquanto sistema econômico e político de estruturação do capitalismo racial, o *apartheid* cumpriu a função pensada por Verwoerd de um sistema de Estado social racializado que promovesse a emancipação dos trabalhadores brancos pobres, tirando a comunidade africâner da condição marginal vinha ocupando desde a invasão e do colonialismo inglês e do regime da União Africana. Quando o *apartheid* chegava ao fim, a constatação entre a maioria dos brancos de que as divisões de classe erigidas durante a autocracia racista manteriam brancos e negros em posições sociais distintas, tanto no mercado de trabalho, como no acesso ao bem-estar social, mesmo que em uma democracia governada pelo antes combativo ANC, tranquilizou a maioria dos sul-africanos de origem europeia.

Analisando criticamente os discursos políticos desenvolvidos na transição à democracia, iniciados na segunda década de 1980, e os discursos políticos do ANC nas mais de duas décadas de democracia, é possível delimitar um *corpus* de discursos políticos que podem ser categorizados em duas fórmulas discursivas: o “começo do fim” e o “fim de um novo começo”.

A primeira fórmula discursiva, o “começo do fim”, sintetiza o esgotamento político e econômico do capitalismo racial do *apartheid* e de mais de três séculos de sistemas dependentes da ultra exploração da força de trabalho negra, organizados a partir de ideologias nacionalistas e racistas combinadas ao capitalismo monopólico de Estado, determinado por processos nacionais e internacionais de transformação nas relações de produção e pela luta da classe trabalhadora negra, enquanto classe para si. Esta fórmula ainda contém uma série de desdobramentos políticos pertinentes à continuidade da supremacia capitalista, branca e de uma democracia e de um processo político de transição que criou uma elite política e uma burguesia negra, muitas vezes representadas pelas mesmas pessoas, ao mesmo tempo que, em decorrência da transformação na consciência de classe, no discurso interior, das lideranças do ANC, se iniciam uma série de discursos políticos que perpetuam o lugar de vulnerabilidade e pobreza da classe trabalhadora negra, sobretudo das mulheres negras. O papel ativo do MEC e dos organismos multilaterais no transformismo ideológico do ANC, evidenciam que o projeto do capital para a África do Sul era um processo de restauração do poder de classe da burguesia, ameaçada pela instabilidade política e econômica do país, que vinham diminuindo as taxas de extração de mais valia e impedindo a participação do

MEC nos processos globais de acumulação, difundidos pelo neoliberalismo. Afinal, a crise do *apartheid* também era uma crise do modelo de acumulação baseado na ultra exploração da força de trabalho negra.

A segunda fórmula discursiva, o “fim de um novo começo”, condensa os processos sociais, econômicos e políticos e também discursivos iniciados em 1994, com a chegada do ANC ao poder, não mais como o partido de libertação, mas como um partido comprometido, desde o contexto da transição tutelada pelo capital, em preservar as estruturas econômicas, tributárias e de propriedade herdadas do *apartheid*. Além de se comprometer, em troca do poder político, em aprofundar a neoliberalização da economia e do Estado, rompendo definitivamente com o discurso político reformador e de superação da dívida social do *apartheid*, através de medidas de socialização da riqueza e da política, colocando nas mãos do Estado, por meio de processos de nacionalização, os principais setores da economia. O “fim do novo começo” simboliza o abandono deste discurso político direcionado à construção de uma África do Sul mais justa, sem exploração racial e com um Estado comprometido em promover bem-estar para os cidadãos de todas as classes e raças. O começo do fim também significou a continuidade da mercantilização do bem-estar social e a elaboração de um sistema econômico, político e jurídico que marginaliza a responsabilidade do Estado no enfrentamento das refrações da questão social, cujos exemplos mais emblemáticos são o GEAR e a Constituição de 1996, construindo um amplo, mas residual esquema de programas de serviços básicos e de transferência de renda.

Tanto esta estrutura residual de bem-estar social como os limites estruturais ao investimento em políticas sociais, uma demanda do MEC ao ANC rigidamente observada pelo Partido em 21 anos de Governos Nacionais, implicam em um sistema de saúde, que embora tenha operado expressivas rupturas paradigmáticas e de modelos de organização, é limitado pelas diretrizes de mercantilização da saúde e pelo complexo quadro de adoecimentos e mortes reproduzido e complexificado “pelo começo do fim”.

Sendo assim, as lutas por um Sistema Nacional de Saúde que efetivamente responda às necessidades sociais em saúde e, ao menos, controle o grave quadro sanitário do país, precisam se

articular a lutas mais amplas por emancipação política e por uma democracia social e política. Somente uma agenda de lutas sociais articuladas e estruturais, sensíveis à consubstancialidade das relações sociais e dos limites do Estado burguês poderão tensionar em uma direção progressista. As lutas anti-capitalistas e contra a mercantilização do bem-estar poderão, progressivamente, resultar na construção de um novo projeto de sociedade, sem exploração humana e, conseqüentemente, sem exploração racial. A outra opção parece ser aceitar a barbárie aprofundada pelo capitalismo neoliberal.

REFERÊNCIAS

- AFRICAN NATIONAL CONGRESS (ANC). **The Freedom Charter**. Johannesburg: Pacific Press, 1955.
- _____. **Working Together We Can Do More: Election Manifesto 2009**. Johannesburg: ANC Printers, 2009. Disponível em: <<http://www.anc.org.za/docs/manifesto/2009/manifesto.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.
- _____. **Together We Can Move South Africa Forward: Election Manifesto 2014 a better life for all**. Pretoria: ANC Printers, 2014. Disponível em: <http://www.gcis.gov.za/sites/www.gcis.gov.za/files/docs/NIFW_booklet-A5-English.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2016.
- ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos Ideológicos de Estado: Notas sobre os Aparelhos Ideológicos de Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.
- ANDERSON, Perry. **Considerações sobre o Marxismo Ocidental**. Porto: New Left Books, 1976.
- _____. Análise da recente evolução do sistema econômico mundial. In: HOUTART, François; POLET, François (ORGs.). **O Outro Davos: mundialização de resistências e de lutas**. São Paulo: Cortez, 2002. Cap. 1, p. 11-64.
- ANDREWS, Christina W. Da década perdida à Reforma Gerencial: 1980-1998. In: ANDREWS, Cristina W. (ORG). **Administração Pública no Brasil: breve História Política**. São Paulo: Unifesp, 2010. Cap. 4, p. 85-118.
- ANDREWS, Gail; WOLMARANS, Milani. Demographic and Health Trends. In: MATSOSO, Malebona Precious; FRYATT, Robert Jonh; ANDREWS, Gail (Ed.). **The South African Health Reforms 2009-2014**. Cape Town: Juta, 2015. p. 8-35.
- ARENDDT, Hannah. **As Origens do Totalitarismo: Antissemitismo, imperialismo, totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- BAKHTIN, Mikhail. **Estética da Criação Verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. **Problemas da Poética de Dostoiévski**. Tradução de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- _____. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Hucitec, 2012.
- BALOGUN, Fidelis Odun. **Adjusted Lives: stories of structural Adjustments**. New Jersey: Trenton., Africa World Press, 1995.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Temas em saúde).
- BARBOSA FILHO, Evandro Alves. **Coalizão de forças, discursos e conflitos: uma análise do gerencialismo na gestão do consórcio público intermunicipal de saúde do Sertão do Araripe**

pernambucano (CISAPE). 2013. 186 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

; ROCHA, Maria Solange Guerra. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV/AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. In: VIEIRA, Ana Cristina de Souza; ROCHA, Maria Solange Guerra; BARBOSA FILHO, Evandro Alves (Org.). **HIV Aids e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2016. p. 1-86.

; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; RODRIGUES, Cecile Soriano. A reprodução das relações capitalistas na África do Sul pós-apartheid: A unidade entre transformismo político e reforma neoliberal. In: VIEIRA, Ana Cristina de Souza; ROCHA, Maria Solange Guerra; BARBOSA FILHO, Evandro Alves. **HIV Aids e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora Universitária da Ufpe, 2016. p. 87-123.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. p. 280.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOND, Patrick. **Elite Transition: from apartheid to neoliberalism in south africa**. Johannesburg: Wits University Press, 2001.

_____. A desorientação do "Estado desenvolvimentista" na África do Sul. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Org.). **Hegemonia às Avessas**. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 299-318.

_____. Contradictions Subside then Deepen: Accumulation and Class Conflict, 1994 - 2000. In: SAUL, Jonh S.; BOND, Patrick. **South Africa The Present History: From Mrs Ples to Mandela & Marikana**. Johannesburg: Jacana Media, 2014. p. 145-170.

_____. Consolidating the Contradictions: from Mandela to Marikana, 2000-2012. In: SAUL, Jonh S.; BOND, Patrick (Ed.). **South Africa The Present As History: from Mrs Ples to Mandela & Marikana**. Johannesburg: Jacana Media, 2014. p. 176-210.

BRAGA, Ruy; BIANCHI, Álvaro. **O social-liberalismo chega aos trópicos**. Disponível em: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2003/08/261787.shtml>. Acesso em: 19 de agosto de 2015.

BRAIT, Beth. Análise e teoria do discurso. In: BRAIT, Beth (Org.). **Bakhtin: outros conceitos -chave**. São Paulo: Editora Contexto, 2010. p. 9-32.

_____. Alguns Pilares da Arquitetura Bakhtiniana. In: BRAIT, Beth (Org.). **Bakhtin: conceitos -chave**. São Paulo: Editora Contexto, 2013. p. 7-10

BRANDIST, Craig. **Repensando o Círculo de Bakhtin**. São Paulo: Editora Contexto, 2012

BREMMER, Ian. **O Fim do Livre Mercado: quem vence a guerra entre Estado e Corporações**. São Paulo: Saraiva, 2011.

BUCHANAN, James M. Toward analysis of closed behavioral systems. In: BUCHANAN, James M. & Tollison, Robert D. (ORGS.). **The theory of public choice: political applications of economics**. Ann Arbor, University of Michigan Press, 1972, p.11-23.

_____. **The Limits of Liberty: Between Anarchy and Leviathan**. Chicago, Chicago University, 1975.

BULARD, Martine. **Como Funcionam os Sistemas de Saúde**. Le Monde Diplomatique, março de 2010.

BUNDY, Colin. **Short-Changed? South Africa Since Apartheid**. Johannesburg: Jacana Media, 2014.

BUTLER, Anthony. **Contemporary South Africa**. New York: Palgrave, Macmillan, 2004.

_____. **The Idea of The ANC**. Johannesburg: Jacana Media, 2012.

CAMARA, Mamadou; SALAMA, Pierre. A Inserção Diferenciada - Com Efeitos Paradoxais - dos Países em Desenvolvimento na Mundialização Financeira. In: CHESNAIS, François (Org.). **A Finança Mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 199-222.

CARBONI, Florence; MAESTRI, Mario. **A Linguagem escravizada: língua, história, poder e luta de classes**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

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

_____. O Social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia de bem-estar. In: MOTA, Ana Elizabete. **Desenvolvimento e Construção de Hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 46-77.

CEREJA, William. Significação e tema. In: BRAIT, Beth (Org.). **Bakhtin: conceitos-chave**. São Paulo: Contexto, 2013. p. 201-220. (Bakhtin Conceitos-Chave).

CHANAIWA, David. Pan-africanismo e libertação. In: ALI A. MAZRUI E C. WONDJI (São Paulo). Comitê Científico Internacional da Unesco (Ed.). **África desde 1935**. São Paulo/Brasília: Cortez / Unesco, 2011. p. 897-924. (História Geral da África).

CHARAUDEAU, Patrick. **Discurso Político**. 2ª Ed. São Paulo: Contexto, 2011.

CHANT, Sylvia. The 'feminisation of poverty' in Costa Rica: to what extent a conundrum? **Bulletin of Latin American Research**, 28 (1). 19-43. 2009.

_____. Dangerous Equations? How Female-headed Households Became the Poorest of the Poor: Causes, Consequences and Cautions. **IDS Bulletin**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.19-26, out. 2004. Institute of Development Studies. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2004.tb00151.x>>. Acessado em: 03, julho, 2016.

_____. Rethinking the “feminization of Poverty” in relation to aggregate Gender Indices. **Journal of Human Development**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.201-220, jul. 2006. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14649880600768538>. Acessado em: 07, julho, 2016.

CHESSAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CHINWEIZU. A África e os países capitalistas. In: ALI A. MAZRUI E C. WONDJI (São Paulo). Comitê Científico Internacional da Unesco (Ed.). **África desde 1935**. São Paulo/Brasília: Cortez / Unesco, 2011. p. 927-963. (História Geral da África).

COLEMAN, Neil. A National Minimum Wage for South Africa. In: 27TH ANNUAL LABOUR LAW CONFERENCE, 27., 2014, Johannesburg. **Anais da 27th Annual Labour Law Conference**. Johannesburg: Cosatu, 2014. p. 1 - 58.

CORELLA, Freddy Esquivel. **Gerencia social: un análisis crítico desde el trabajo social**. Buenos Aires: Espacio, 2005

CULLINAM, Kerry. Health. In: JOHNSON, Krista; JACOBS, Sean (Ed.). **Encyclopedia of South Africa**. Scottsville: University Of Kwazulu-natal Press, 2012. p. 134-137.

DAHRENDORF, Ralf. **Ensaio sobre o Liberalismo**. Lisboa- Portugal: Casa do Livro, 1993.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A Nova Razão do Mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIE, Grace. **Poverty Knowledge in South Africa: A Social History of Human Science, 1855-2005**. New York: Cambridge University Press, 2015.

DAVIS, Mike. **Planeta favela**. São Paulo: Boitempo, 2006.

DEACON, Bob. **Global Social Policy and Governance**. Londres: Sage, 2007.

DEMOCRATIC ALLIANCE (South Africa). **Health Policy**. 2016. Disponível em: <<https://www.da.org.za/why-the-da/policies/wellbeing/health-policy/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

DENNILL, Kathleen; RENDALL-MKOSI, Kirstie. **Primary Health Care in Southern Africa: A comprehensive approach**. Cape Town: Oxford University Press, 2014.

. The Transformation of the Health System in South Africa. In: DENNILL, Kathleen; RENDALL-MKOSI, Kirstie (Ed.). **Primary Health Care in Southern Africa: A comprehensive approach**. Cape Town: Oxford University Press, 2014. p. 197-230.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O Delineamento da Pesquisa Qualitativa. In: POUPART, Jean et al. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2010. Cap. 3, p. 127-153.

DINIZ, Eli. **Crise, Reforma do Estado e Governabilidade**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DOSSE, François. **História do estruturalismo: Volume 2 - o canto do cisne, de 1967 aos nossos dias**. Campinas, 1994.

DUBOW, Saul. **Apartheid, 1948 - 1994**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

EAGLETON, Terry. **Ideologia: uma introdução**. São Paulo: Fundação Editora da Unesp, 1997. Disponível em: <https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/285942/mod_resource/content/1/Aula_2.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2015.

_____. **Marxismo e Crítica literária**. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

_____. **Marx estava certo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ENGELS, Friedrich; KAUTSKY, Karl. **O Socialismo Jurídico**. São Paulo: Boitempo, 2012

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **O futuro do *welfare state* na nova ordem mundial**. *Lua Nova* [online]. 1995, n.35, pp.73-111. ISSN 0102-6445. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451995000100004>.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e Mudança Social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FEINSTEIN, Charles. **An Economic History of South Africa: conquest, discrimination and Development**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**. São Paulo: Global, 2006.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. 8ª ed. São Paulo: Ática, 2007. (Princípios).

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1971.

FRASER, Derek. **The Evolution of The British Welfare State**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2009.

FREEMAN, Melvyn; HUNTER, Jeanette; RISPEL, Lactitia. Primary Health Care and Universal Health Coverage in South Africa. In: MATSOSO, Malebona Precious; FRYATT, Robert Jonh; ANDREWS, Gail. **The South African Health Reforms 2009-2014: moving towards universal coverage**. Cape Town: Juta, 2015. p. 63-85.

FRENCH, Howard W. **China's Second Continent: how a million migrants are building a new empire in Africa**. New York: Vintage Books, 2015.

FUKUYAMA, F. **O fim da História e o último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GARCIA DA SILVA, Denize Helena; RAMALHO, Viviane. Análise de Discurso Crítica: representações sociais na mídia. In: LARA, Glaucia Muniz Proença; MACHADO, Ida Lúcia; EMEDIATO, Wander (Orgs). **Análises do Discurso Hoje: Volume 2**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2008. Cap. 14, p. 265-292.

GORBACHEV, Mikhail. **Perestroika: novas ideias para o meu país e o mundo**. São Paulo: Círculo do Livro, 1987.

GOUGH, Ian et al. **Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America**. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (Orgs). **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. 9ª Ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Cortez, 2011. Cap. 10, p. 244-270.

GILSON, Lucy *et al.* The SAZA study: implementing health financing reform in South Africa and Zambia. **Health Policy and Planning**; 18(1): 31-46, 2003.

GRACIA, Tomás Ibañez. O "giro linguístico". In: IÑIGUEZ, Lupicínio. **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. 2ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2008. Cap. 1, p. 19-49.

GUMEDE, Vusi. Inequality in Democratic South Africa. In: MANGCU, Xolela (Ed.). **The Colour of Our Future**. Johannesburg: Wits University Press, 2015. p. 91-106.

HABIB, Adam. **South Africa's Suspended Revolution: hopes and prospects**. Johannesburg: Wits University Press, 2013.

HART, Gillian. **Rethinking the South African Crisis: Nationalism, Populism, Hegemony**. Scottsville: University Of Kwazulu-natal Press, 2013.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. 2ª Ed. São Paulo: Anna Blume, 2005.

_____. Neoliberalismo Como Destruição Criativa. **Interfacehs – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, São Paulo, v. 2, n. 4, p.1-30, ago. 2007.

_____. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

_____. **O novo imperialismo**. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2011.

HEAD, Judith. **The context and contours of HIV/Aids in South Africa**. In: HIV/Aids no Brasil e na África do Sul diante das desigualdades sociais. Recife: Editora UFPE, 2010.

HEUNIS, Jc; WOUTERS, e; KIGOZI, Ng. HIV, AIDS and Tuberculosis in South Africa: trends, challenges and responses. In: VAN RENSBURG, Hcj (Ed.). **Health and Health Care in South Africa**. Pretoria: van Schaik, 2012. p. 294-360.

HIRATA, Helena. Gênero, Classe e Raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, p.61-73, jan-jun, 2014.

HIRSCH, Joachim. **Teoria materialista do espaço: processos de transformação do sistema capitalista de Estados**. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

HOBBSAWM, Eric Jonh Ernest. **A era das revoluções: Europa 1789 – 1848**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____. **O Novo Século: entrevista à Antonio Polito**. Companhia de Bolso, 2009

IASI, Mauro Luis. **As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

IÑIGUEZ, Lupicínio. A Análise de Discurso nas Ciências Sociais: fundamentos, conceitos e modelos. In: IÑIGUEZ, Lupicínio (Coord). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. 2ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2008. Cap. 2, p. 50-104.

ISAACS, Gilad. **A National Minimum Wage for South Africa**. Johannesburg: Wits University Press, 2016. Disponível em: <<http://nationalminimumwage.co.za/wp-content/uploads/2016/07/NMW-RI-Research-Summary-Web-Final.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.

JARA, Makibuko K. Critical Reflections on the crisis and limits of ANC 'Marxism'. In: WILLIAMS, Michelle; SATGAR, Vishwas. **Marxisms in The 21st Century**. Johannesburg: Wits University Press, 2013. p. 260-280.

KANYANE, Modimowabana H. Public Service Delivery Issues in Question. In: KONDLO, Kwandiwe; MASERUMULE, Mashupye H (Ed.). **The Zuma Administration Critical Challenges**. Cape Town: Hsrc Press, 2010. p. 77-94.

KONDLO, Kwandiwe. Introduction: Political and Governance Challenges. In: KONDLO, Kwandiwe; MASERUMULE, Mashupye H (Ed.). **The Zuma Administration Critical Challenges**. Cape Town: Hsrc Press, 2010. p. 1-14.

KOTZE, F. Introduction. In: KOTZE, F. & McKENDRICK, B. (eds). **Transforming social work education**. Proceedings of the joint universities' committee's annual conference on transforming social work education. Bellville: University of the Western Cape Department of Social Work. 1998.

KRIEG-PLANQUE, Alice. Fórmulas e lugares discursivos: propostas para a análise do discurso político. In: MOTTA, Ana Raquel; SALGADO, Luciana (Orgs). **Fórmulas discursivas**. São Paulo: Contexto, p. 11-40, 2011.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: política social na América Latina. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 151-178.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LEFEBVRE, Henri. **Marxismo**. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2011.

LOMBARD, A. Transforming social work education: a contextual and empowerment issue. In: KOTZE, F. & McKENDRICK, B. (eds), **Transforming social work education**. Proceedings of the joint universities' committee's annual conference on transforming social work education. Bellville: University of the Western Cape Department of Social Work. 1998.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. 5. Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998. 132p.

MACEDO, José Rivair. **História da África**. São Paulo: Contexto, 2013.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. 2ª Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

- MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 2008
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2012.
- MASHELE, Prince. **The Death of Our Society**. Pretoria: Vision of CPR Press, 2011.
- MAURIEL, Ana Paula Ornellas. “**Combate à pobreza e desenvolvimento humano: impasses teóricos na construção da política social na atualidade**”. 2008. 342 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade de Campinas, Campinas, 2008.
- MAYENDE, Gilingwe. Rural Development Under a 'Developmental State': analysing the policy shift on agrarian transformation in South Africa. In: KONDLO, Kwandiwe; MASERUMULE, Mashupye H. **The Zuma Administration Critical Challenges**. Cape Town: Hsrc Press, 2010. p. 51-76.
- MAYOSI, M. Bongani *et al.* **Health in South Africa: changes and challenges since 2009**. *The Lancet* - 8 December 2012 (Vol. 380, Issue 9858, Pages 2029-2043). DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61814-5
- MATSOSO, Malebona Precious; FRYATT, Robert John; ANDREWS, Gail. Introduction and Overview. In: MATSOSO, Malebona Precious; FRYATT, Robert Jonh; ANDREWS, Gail (Ed.). **The South African Health Reforms 2009-2014: moving towards universal coverage**. Cape Town: Juta, 2015. p. 1-7.
- McINTYRE, Diane *et al.* The health and the health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. **The Lancet**, Londres, n. 1, p.36-51, 25 ago. 2009.
- MIOTELLO, Valdemir. Ideologia. In: BRAIT, Beth (Org.). **Bakhtin: conceitos-chave**. São Paulo: Contexto, 2013. p. 167-176. (Bakhtin Conceitos-Chave).
- MIOTO, Regina. Famílias e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Orgs.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 130-148.
- MUELLER, Dennis C. Public Choice: a survey. In: Buchanan, James M. & Tollison, R. D. (eds.). **The theory of public choice**. AnnHarbor, University of Michigan Press, 1984.
- MURRAY, Martin J. City of Layers: the making and shapping of affluent Johannesburg after apartheid. In: HAFEBURG, Christoph; HUCHZERMEYER, Marie (Ed.). **Urban Governance in Post-apartheid Cities: Modes of Engagement in South Africa's Metropoles**. Pietermaritzburg: University Of Kwazulu-natal Press, 2015. p. 179-196.
- NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- OLIVEIRA, Francisco. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. **Revista Novos Estudos CEBRAP**. São Paulo, n. 22, p. 8-28, out./nov., 1988.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. **Reduzir as discrepâncias no espaço de uma geração. Instaurar a equidade em saúde, agindo sobre os determinantes sociais da saúde**, relatório de 2008.
- _____. **Declaração de Alma-Ata**, 1978.

PARADA, Maurício; MEIHY, Murilo Sebe Bon; MATTOS, Pablo de Oliveira de. **História da África Contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed. PUC Rio/ Pallas, 2013.

PATEL, Leila. **Social Welfare & Social Development in South Africa**. Cape Town: Oxford University Press, 2013.

PEREIRA, Analúcia Danilevicz. **A revolução sul-africana**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

PEREIRA, Potyara. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2011.

PERNEGGER, Li. The Agonistic State: Metropolitan Government Responses to City Strife Post-1994. In: HAFEBURG, Christoph; HUCHZERMEYER, Marie (Ed.). **Urban Governance in Post-apartheid Cities: Modes of Engagement in South Africa's Metropolises**. Pietermaritzburg: University Of Kwazulu-natal Press, 2015. p. 61-78.

PILLAY, Yogan; BARRON, Peter; ZUNGU, Sibonle. Service Delivery Through the lens of strategic health programmes. In: MATSOSO, Malebona Precious; FRYATT, Robert Jonh; ANDREWS, Gail (Ed.). **The South African Health Reforms 2009-2014: moving towards universal coverage**. Cape Town: Juta, 2015. p. 36-62.

PNUD. **Relatório sobre Desenvolvimento Humano 2013**. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado, 2013.

POSEL, Deborah. Aids. In: SHEPHERD, Nick; ROBINS, Steven (Ed.). **New South African Keywords**. Johannesburg: Jacana Media, 2008. p. 13-24.

. The Apartheid Project, 1948 - 1970. In: ROSS, Robert; MAGER, Anne Kelk; NASSON, Bill (Ed.). **The Cambridge History of South Africa Volume 2: 1885 - 1994**. New York: Cambridge University Press, 2012. p. 319-368.

RAMALHO, Viviane; RESENDE, Viviane de Melo. **Análise de discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2011.

REDDY, Niall. Understanding the labour crisis in South Africa: real wage trends and the minerals-energy complex economy. In: SATGAR, Vishaw (Ed.). **Capitalism's Crises: class struggles in South Africa and the world**. Johannesburg: Wits University Press, 2014. p. 211-244.

RISPEL, Laetitia; MOORMAN, Julia. Health Sector Reforms and Policy Implementation in South Africa: a paradox? In: DANIEL, Jonh et al (Ed.). **New South African Review 3: The second phase - tragedy or farce**. Johannesburg: Wits University Press, 2013. p. 239-260.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.

ROCHA, Maria Solange Guerra. **Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil**. 2011. 237 f. Tese (Doutorado) - Curso de

Doutorado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ROJO, Luiza Martin. A fronteira interior - análise crítica do discurso: um exemplo sobre "racismo". In: INIGUEZ, Lupicínio (Coord.). **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 206-257.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SASTRY, Shaunak; DUTTA, Mohan Jyoti. Global Health Interventions and the “Common Sense” of Neoliberalism: A Dialectical Analysis of PEPFAR. **Journal of International And Intercultural Communication**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.21-39, fev. 2013. Informa UK Limited. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17513057.2012.740682>>. Acessado em: 07, 05, 2015.

SATGAR, Vishwas. Conclusion. In: WILLIAMS, Michelle; SATGAR, Vishwas (Ed.). **Marxisms in The 21st Century**. Johannesburg: Wits University Press, 2013. p. 281-286.

SEEKINGS, Jeremy; NATTRASS, Nicoli. **Class, race, and inequality in South Africa**. Michigan: Yale University Press/ New Haven and London, 2005.

_____; MOORE, Elena. **Kin, Market and State in the Provision of Care in South Africa**. Cape Town: Centre for Social Science Research University of Cape Town, working paper, nº 327, 2013.

SMITH, Linda. Historiography of South African Social Work: Challenging Dominant Discourses. **Social Work/maatskaplike Werk**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.305-331, 11 nov. 2014. Stellenbosch University. <http://dx.doi.org/10.15270/50-2-401>.

SODERLUND, Neil; SCHIERHOUT, Gill; HEEVER, Alex van Den. **Private Health Care in South Africa**. Durban: Health System Trust, 1998.

SIHLONGONYANE, Mfaniseni F.. A Critical Overview of The Instruments for Urban Transformation in South Africa. In: HAFEBURG, Christoph; HUCHZERMEYER, Marie (Ed.). **Urban Governance in Post-apartheid Cities: Modes of Engagement in South Africa's Metropoles**. Pietermaritzburg: University Of Kwazulu-natal Press, 2015. p. 39-60.

SPARKS, Allister. **Tomorrow is Another Country: The Inside Story of South Africa's Negotiated Revolution**. Johannesburg: Struik Book Distributors, 1995.

SITAS, Ari. **The Mandela Decade 1990-2000: labour, culture and society in Post-Apartheid South Africa**. Pretoria: UNISA Press, 2010.

STANDING, Guy. **O Precariado: a nova classe perigosa**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

SUSSER, Ida. **Aids, Sex and Culture**. Sussex: Wiley-Blackwell. 2009.

TARROW, Sidney. **O poder em movimento: movimentos sociais e confronto político**. Petrópolis: Vozes, 2009.

TERREBLANCHE, Sampie. **A History of Inequality in South Africa 1652-2002**. Pietermaritzburg: University of Natal Press/KMM Review Publishing, 2005.

_____. **Lost in transformation: South Africa's search for a new future since 1986**. Johannesburg: KMM, 2012.

SOUTH AFRICA. THE UNION OF SOUTH AFRICA. The Parliament of South Africa; National Act n° Act, N° 7 of 1913, de 1913. **Children's Protection Act, 1913**.

_____. **National Act N° 36 of 1919**. Cape Town: State Printers, 1919.

_____. National Act n° N° 41 of 1950, de 24 de junho de 1950. **The Group Areas Act N° 41 of 1950**.

_____. National Act n° Act N° 47 of 1953, de 03 de outubro de 1953. **The Bantu Education Act N° 47 of 1953**.

THE REPUBLIC OF SOUTH AFRICA. National Act n° National Health Act, N° 63, of 1977, de 1977. **National Health Act, National Health Act, N° 63, of 1977**.

_____. Constituição (1983). National Act n° N° 110 of 1983, de 1983. **The Republic of South Africa Constitution Act N° 110 of 1983**. Pretoria, 22 set. 1983.

_____. National Department Of Health. National Department of Healt. **National Policy for Health Act N° 116 of 1990**. Pretória: State Printers, 1990.

_____. Constituição (1993). Constituição N° ACT 200 of 1993, de 1993. **Constitution of The Republic of South Africa, Act 200 of 1993**.

_____. The National Department Of Health. The National Department Of Health. **The National Health Plan**. Cape Town: State Printers, 1994.

_____. The Parliament of The Republic of South Africa. **White Paper on Reconstruction and Development**. Cape Town: State Printers, 1994.

_____. **A National Health Plan For South Africa**. ANC. Johannesburg, 1994.

_____. Department of Finance. **Growth, Employment and Redistribution – GEAR**. Pretoria: State Printers, 1996.

_____. Constituição (1996). **The Constitution of South Africa Act N° 108 of 1996**. Pretoria, 18 dez. 1996.

_____. National Department Of Health. The National Department Of Health. **National Drug Policy for South Africa**. Pretoria: State Printers, 1996.

. The National Department Of Health. **The National Department Of Health. The White Paper for The Transformation of the Health System in South Africa.** Pretoria: State Printers, 1997.

. National Act nº The Local Government: Municipal Demarcation Act Nº 27 of 1998, de 1998. **The Local Government: Municipal Demarcation The Local Government: Municipal Demarcation Act Nº 27 of 1998.** Cape Town: State Printers, 24 jun. 1998.

_____. National Act nº Act Nº 117 of 1998, de 1998. **Municipal Structure Act Nº 117 of 1998.**

. National Act nº Act Nº 32 of 2000, de 2000. **The Local Government Municipal System Act Nº 32 of 2000.**

_____. National Act nº Nº 61 of 2003, de 2003. **National Health Act Nº 61 of 2003.**

. The National Department of Health. **The National School Health Policy.** Pretoria: State Printers, 2003.

. The National Department of Labour. National Act Nº. 55 of 1998, de 1998. **Employment Equity Act, Nº 55 of 1998.** Pretoria, 16 ago. 2006.

. The National Department of Health. **National Department of Health Strategic Plan 2010/11-2012/13.** Pretoria: State Printers, 2009.

. The National Department of Health. **Green Paper on National Health Insurance in South Africa.** Pretoria: State Printers, 2011.

. THE PRESIDENCY REPUBLIC OF SOUTH AFRICA. **National Development Plan 2030.** Pretoria: State Printers, 2013.

_____. STATISTICS SOUTH AFRICA. **Labour Market Dynamics in South Africa - 2014.** Pretoria: Statistics South Africa, 2014. Disponível em: <<http://www.statssa.gov.za/publications/Report-02-11-02/Report-02-11-022014.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

. STATISTICS SOUTH AFRICA. **Income dynamics and poverty status of households in South Africa.** Pretoria: Statistics South Africa, 2015. Disponível em: <<http://www.statssa.gov.za/publications/Report-03-10-10/Report-03-10-102014.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

VAN DIJK, Teun A. **Racismo e discurso na América latina.** São Paulo: Contexto, 2008.

_____. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

_____. Van. **Discurso e contexto: uma abordagem sociocognitiva.** São Paulo: Contexto, 2012.

VAN RENSBURG, Hcj. A History of Health and Health Care in South Africa: 1652-1994. In: VAN RENSBURG, Hcj (Ed.). **Health and Health Care in South Africa**. Pretoria: van Schaik, 2012. p. 61-120.

; ENGELBRECHT, Mc. Transformation of the South African Health System: post-1994. In: VAN RENSBURG, Hcj (Ed.). **Health and Health Care in South Africa**. Pretoria: van Schaik, 2012. p. 121-188.

VON HAYEK, Freidrich. **O Caminho da Servidão**. Porto Alegre: Globo, 1944.

VON MISES, Ludwig. **Liberalismo: segundo a tradição clássica**. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1987.

_____. **A mentalidade anticapitalista**. Campinas: Vide Editorial, 2013.

VISENTINI, Paulo Fagundes; RIBEIRO, Luiz Dario Teixeira; PEREIRA, Analúcia Danilevicz. **História da África e dos Africanos**, 2ª Ed. – Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

WENZ, Laura. The Local Governance Dynamics of International Accolades: Cape Town's designation as World Design Capital 2014. In: HAFEBURG, Christoph; HUCHZERMEYER, Marie (Ed.). **Urban Governance in Post-apartheid Cities: Modes of Engagement in South Africa's Metropoles**. Pietermaritzburg: University Of Kwazulu-natal Press, 2015. p. 251-270.

WIERVORKA, Michel. **O Racismo, Uma Introdução**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

WOOD, Ellen Meiksins. Estado, Democracia e Globalização. In: BORON, Atilio A.; AMADEO, Javier; GONZÁLES, Sabrina (Org.). **A teoria Marxista Hoje: problemas e perspectivas**. Buenos Aires: Expressão Popular/Clacso Livros, 2006. p. 381-393.

YIN, Robert. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - *Corpus* documental sobre ou com implicações na política nacional de saúde da África do Sul racista (colonial, união sul-africana e *apartheid*)

Documento	Ementa
<p>1. Public Health Act N° 23 of 1897</p>	<p>Institui responsabilidades sanitárias às autoridades locais da Colônia, <i>Colonial Medical Councils</i>, e cria medidas de saúde pública administradas pelas autoridades locais.</p>
<p>2. The Natives Land Act N° 26 of 1913</p>	<p>Este Ato proibia os brancos de comprarem terras de nativos e vice-versa, decretando que apenas 7,3% do território da União Sul-Africana era pertencente aos nativos. Dessa forma, a locação e compra de terras na África do Sul branca estava severamente dificultada aos negros.</p>
<p>3. The Public Health Act N° 36 of 1919</p>	<p>O Ato Nacional cria o Departamento Nacional de Saúde e estrutura a burocracia e os serviços de saúde pública ofertados, gerenciados ou regulados por este Departamento.</p>
<p>4. The Group Areas Act N° 41 of 1950</p>	<p>Esta Lei estabeleceu um tom de segregação racial territorial ao <i>Apartheid</i>. Era aplicado aos membros de todos os grupos raciais e previa a imposição de controle sobre a posse, ocupação e aluguéis de terrenos e edifícios em toda a África do Sul. Na prática, isso significa que todas as pessoas classificadas pelo Regime Pigmentocrático como brancas, negras, <i>coloured</i> (mestiças) e asiáticas na África do Sul teriam que viver em áreas de grupo atribuídas aos membros de seus grupos. Sua propriedade de bens e negócios e direitos sociais, civis e políticos seriam confinados a essas áreas. O Ato também significou que muitas pessoas tiveram que sair de suas casas onde tinham vivido durante anos e ir viver em um lugar estranho, que eles sabiam pouco ou nada sobre, porque tinham ocupado uma área Grupo designada para outra raça. O Ato dava liberdade aos governos das quatro províncias para removerem os negros, os <i>coloured</i> e os asiáticos para as áreas mais precárias.</p>

<p>5. Bantu Education Act N° 47 of 1953</p>	<p>Este Ato instituiu a segregação em vários aspectos da educação, elevando os padrões de educação em todos os níveis para a comunidade branca, e mantendo a educação ofertada aos demais grupos étnicos subfinanciada, precária e com escassos recursos humanos e infraestrutura. A lógica era criar sistemas educacionais que respondessem aos projetos do <i>Apartheid</i> para cada um dos quatro grandes grupos raciais, mantendo os negros educados pelo chamado “sistema bantu”, como capacitados somente às funções mais subalternas e de baixa remuneração. Aos asiáticos e <i>coloureds</i> caberia uma educação de nível intermediário, para ocuparem funções médias e, aos brancos, era destinado um padrão educacional de excelência, público ou fortemente subsidiado.</p>
<p>6. Freedom Charter, lançada em 1955, pelo ANC</p>	<p>A <i>Freedom Charter</i>, o mais importante manifesto político do ANC, sintetizava a visão de Estado e Sociedade deste movimento pelo fim do <i>apartheid</i>, e apresentava o Projeto de Estado e de bem-estar social almejado pelo Movimento, em que todos os sul-africanos, independente da raça e da classe social, teriam amplos direitos sociais, civis e políticos, materializados por um Estado provedor e democrático.</p>
<p>7. National Health Act, N° 63, of 1977</p>	<p>Este Ato Nacional, a principal Lei Nacional sobre Saúde desde o <i>The Public Health Act N° 36 of 1919</i>, previa medidas para a promoção da saúde dos habitantes da República Sul-africana; previa sobre a prestação de serviços de saúde em todo o território nacional e as funções das três esferas do Estado; definia as funções, competências e responsabilidades de certas autoridades que prestavam serviços de saúde; previa a coordenação dos serviços de saúde; revogava a Lei de Saúde Pública de 1919.</p>

<p>8. The Republic of South Africa Constitution Act N° 110 of 1983</p>	<p>A Constituição Nacional de 1983 substituía a racista Constituição de 1961 e apresentava uma série de compromissos no tocante ao bem-estar social, aos serviços de saúde e de representação política dos <i>coloured</i>, e da comunidade de origem indiana e malaia. Mas a cidadania política, civil e social dos negros ainda era amplamente negada.</p>
<p>9. The National Health Plan, lançado pelo Partido Nacional, em 1986</p>	<p>Plano baseado no conteúdo da Declaração de Alma-Ata, sobretudo na centralidade da atenção primária em saúde e no papel do Estado em promovê-la. O Plano apontava um forte compromisso político com a implementação de um sistema de saúde com foco na atenção primária. O intento do Novo Plano Nacional de Saúde era a prevenção das doenças e a promoção da saúde por meio de serviços de saúde centrados nas comunidades.</p>
<p>10. National Policy for Health Act N° 116 of 1990</p>	<p>A Lei Nacional sobre a Política de Saúde visava promover ações com vistas à promoção da saúde dos habitantes da República, o estabelecimento de um Comitê Nacional Sobre Questões de Saúde e um Conselho Nacional de Política de Saúde Sul-africana. O Ato N° 116 de 1990 também demarcava as principais diretrizes para a Política Nacional de Saúde, sujeitas às provisões determinadas pela Constituição Nacional de 1983. Com base nesses dois documentos, o Ministro da Saúde, responsável pelo Departamento Nacional de Saúde, deve decidir quais e como devem ser implementadas as políticas de saúde.</p>
<p>11. National Service Delivery Plan, lançado em 1991, pelo Departamento Nacional de Saúde</p>	<p><i>O National Service Delivery Plan</i> defendia que um serviço nacional de saúde, amplo e acessível deveria ser desenvolvido, de acordo com as prioridades identificadas pelas próprias comunidades atendidas pelas unidades de saúde. Além da desracialização dos serviços de saúde, o novo plano objetivava democratizar a gestão da política de saúde. O Documento também enfatizava a intenção do Estado, em transição à democracia, de promover a</p>

	universalização da atenção primária em saúde para todos os sul-africanos.
12. The Interim Constitution of South Africa Act N° 200 of 1993	A Constituição Interina de 1993 foi a última Carta Magna do país antes da abolição total do <i>apartheid</i> . Ela representava um esforço de derrubada da segregação racial enquanto sistema oficial. A proposta era a criação de um novo sistema político em que homens e mulheres de todas as raças eram reconhecidos como cidadão sul-africanos, tendo uma ampla variedade de direitos sociais, políticos e civis a serem garantidos pelo Estado.

Fonte: Análise documental.

APÊNDICE B - *Corpus* documental sobre ou com implicações na política nacional de saúde da África do Sul pós-*apartheid*

Documento	Ementa
<p>1. National Health Plan for South Africa, lançado em 30 de maio de 1994</p>	<p>O Plano Nacional de Saúde para a África do Sul, reconhecia que o sistema do <i>apartheid</i> havia criado profundas desigualdades sociais em saúde e se comprometia em atuar na resolução destas, atuando sobre a saúde e não somente sobre a doença, como fazia o sistema racista, segregador, ineficiente e biomédico do regime do <i>apartheid</i>. A utilização da perspectiva da atenção primária em saúde é enunciada como fundamental para superar as desigualdades sociais em saúde.</p>
<p>2. Reconstruction and Development Programme (RDP), lançado em 1994, durante o mandato presidencial de Nelson Mandela</p>	<p>É o Programa de Reforma do Estado que resgata componentes social-democráticos manifestos na <i>Freedom Charter</i>; de garantia de direitos civis, políticos e sociais, preservando a perspectiva liberal de Estado de bem-estar social.</p>
<p>3. The Constitution of South Africa, Act N° 108 of 1996</p>	<p>A Constituição Nacional de 1996 dá diretrizes para todo o conjunto da Legislação Nacional da África do Sul, condicionando todas as intervenções e políticas públicas do Estado ao conteúdo da Constituição.</p>
<p>4. Growth, Employment and Redistribution – GEAR, lançado pelo ANC, em 1996</p>	<p>O GEAR - Crescimento Emprego e Redistribuição, era o programa neoliberal de reforma do Estado que almejava o desenvolvimento econômico e social por meio de medidas fiscais de incentivos à acumulação e preservação de capital, de flexibilização da força de trabalho e de abertura econômica. A proposta era de garantir a integração econômica e social por meio dos empregos que seriam gerados pelo crescimento econômico gerado pela neoliberalização.</p>
<p>5. The National Drug Policy, lançada em 1996</p>	<p>A Política Nacional de Medicamentos é um componente fundamental do novo sistema de saúde e é composta por uma lista de medicações essenciais, que seguem os padrões e protocolos de tratamento medicamentosos dos hospitais, clínicas, centros comunitários de saúde e demais serviços de atenção</p>

	<p>primária em saúde. O objetivo é racionalizar o uso de medicamentos, permitindo a melhor utilização da medicação, tornando-os acessíveis àqueles que realmente precisam. O documento conceitua como medicamentos essenciais aqueles que são identificados como mais adequados e acessíveis para o tratamento da maioria das doenças e condições de saúde prevalentes na população do país. A elaboração da Política Nacional de Medicamentos contou com a contribuição do <i>World Health Organisation's Action Programme on Essential Drugs</i>, o Programa de Medicamentos Essenciais da OMS.</p>
<p>6. The White Paper for The Transformation of the Health System in South Africa (1997)</p>	<p>O objetivo do <i>White Paper</i> é apresentar uma série de princípios e objetivos que fundam a implementação do Sistema Unificado de Saúde da África do Sul. Além dos objetivos e princípios do Sistema Nacional de Saúde, o <i>White Paper</i> apresenta várias estratégias de implementação, orientadas para responder às necessidades básicas de saúde da população sul-africana, considerando os recursos disponíveis.</p>
<p>7. The Local Government: Municipal Demarcation Act N° 27 of 1998</p>	<p>Publicado para oferecer critérios e procedimentos para redefinir as fronteiras e o desenho dos municípios, inclusive o estabelecimento da <i>Municipal Demarcation Board</i> (MDB), o Conselho Municipal de Demarcação.</p>
<p>8. Municipal Structure Act N° 117 of 1998</p>	<p>Ato Nacional que normatiza a estrutura municipal na África do Sul democrática, foi aprovado no intuito de conformar os municípios de acordo com critérios pré-estabelecidos, classificando-os em três categorias diferentes, de acordo com a sua relação com a gestão dos distritos (modelos de gestão intergovernamental de desenvolvimento econômico e social da África do Sul Pós-<i>apartheid</i>).</p>
<p>9. The Local Government Municipal System Act N° 32 of 2000</p>	<p>Objetiva dar suporte a municípios e distritos para desenvolver os processos que permitiriam que eles desenvolvessem as comunidades locais econômica e socialmente. Este Ato Nacional também manifesta o</p>

	intuito dos distritos e suas municipalidades locais ofertarem acesso universal a serviços essenciais, desde que dentro dos restritos limites fiscais, a exemplo de serviços de saúde.
10. National Human Resource Strategy (2001)	A Estratégia Nacional de Recursos Humanos tinha a função principal de analisar os impactos da introdução da abordagem da APS sobre a força de trabalho em saúde e propor respostas aos desafios dos trabalhadores da saúde em materializar um sistema de saúde baseado na atenção primária em saúde (APS). Assim como o <i>White Paper</i> , o <i>National Human Resource Strategy</i> enfatizava a necessidade de mudar a formação e o escopo das práticas dos profissionais de saúde no intuito de implementar a perspectiva da atenção primária em saúde como proposta na Declaração de Alma-Ata.
11. National Health Act N° 61 of 2003	Este Ato nacional designou a responsabilidade de criação, implementação e manutenção do sistema de informação e gestão em saúde em cada esfera do governo, levando em consideração a Constituição de 1996 e as demais leis nacionais de saúde nos três níveis do Estado e a existência de recursos. Foi com este Ato Nacional que a proposta de um Seguro Nacional de Saúde, <i>National Health Insurance (NHI)</i> , para garantir acesso a serviços de saúde para todos os sul-africanos, tomou forma.
12. The National School Health Policy, lançada pelo National Department of Health em 2003	Esta Política Nacional de Saúde voltada às unidades públicas de ensino (escolas e creches), buscava responder à necessidade de criação de uma estratégia nacional e intersetorial para garantir o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças em idade escolar, por meio de medidas de APS e de um pacote básico de programas de saúde do escolar.
13. Department of Health Strategic Plan for 2009 – 2014, lançado em 2008	Este Plano Nacional de Saúde com dez componentes estratégicos a serem implementados entre os anos de 2009 e 2014, que ficou nacionalmente conhecido como <i>Ten Point Plan</i> , foi elaborado pelo Departamento Nacional de Saúde para fomentar a implementação e aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Saúde, assim como, auxiliar na

	realização das Metas do Milênio, <i>Millennium Development Goals</i> (MDG). A maioria das estratégias do Plano eram de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.
14. National Department of Health Strategic Plan 2010/11-2012/13, lançado em 2009 pelo National Department of Health	Este documento reforça o compromisso do Departamento Nacional de Saúde em implementar as estratégias do <i>Ten Point Plan</i> , criando subprojetos dentro desta meta para implementar as dez metas.
15. Programa Re-engineering PHC in South Africa, lançado em 2010 pelo National Department of Health	O documento do Programa de Reengenharia ou Reestruturação da Atenção Primária em Saúde representava um amplo compromisso do Governo Nacional do ANC em alcançar a meta de melhores resultados em saúde para os sul-africanos e de alcançar “uma longa e saudável vida para todos”. Mais uma vez, a prioridade é reforçar a criação de um sistema nacional de saúde fundamentado na perspectiva da atenção primária em saúde. Neste novo plano nacional de reforma da saúde, o discurso sobre APS sofreu alguns deslocamentos de sentido e significado, se voltando mais sobre as implicações das refrações da questão social na saúde, as determinações sociais da saúde, sem abandonar os rearranjos institucionais e a organização dos serviços de saúde.
16. Green Paper on National Health Insurance in South Africa, lançado em 2011	Este documento sobre o desenho da Política Nacional de Saúde se foca na meta de criação de um Seguro Nacional de Saúde para Todos os Sul-africanos, por meio do NHI. A África do Sul está no processo de introdução de um sistema inovador de financiamento de cuidados de saúde com consequências de longo alcance sobre a saúde dos sul-africanos. A proposta é que o NHI garanta que todos os cidadãos tenham acesso apropriado a serviços de saúde eficientes e de qualidade. Segundo o documento, o NHI deverá ser gradualmente implementado durante um período de 14 anos, a partir de 2011. Ele visar promover alterações importantes nas estruturas de prestação de serviços, administrativa e nos sistemas de gestão. O NHI destina-se a realizar uma reforma que almeja

	<p>melhorar a prestação de serviços, promovendo a equidade e eficiência, de modo a garantir que todos os sul-africanos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade a preços acessíveis, independentemente da sua condição socioeconômica.</p>
<p>17. National Development Plan 2030 (NDP), lançado em 2013 pela National Planning Commission</p>	<p>Este Programa de Reforma do Estado objetiva planejar o desenvolvimento econômico e social da África do Sul para os próximos 17 anos, a partir do ano de 2013. A proposta é que o Estado intervenha e melhore a sua capacidade de intervenção, para eliminar a pobreza, combater o desemprego e diminuir as iniquidades sociais por meio do investimento em setores estratégicos da economia e do bem-estar social.</p>
<p>18. Together We Move South Africa Forward - 2014 ANC's Election Manifest</p>	<p>Lançado como Manifesto de disputa para o segundo mandato presidencial de Jacob Zuma, em 2014, o “Juntos Nós Movemos a África do Sul Adiante”, Manifesto Eleitoral do ANC, apontava para o resgate do projeto de Estado da <i>Freedom Charter</i>, enfatizando que a primeira fase da democracia, a política e civil, deveria ser complementada pela democracia social. O Programa de Governo do ANC traça ambiciosas metas de ampliação da responsabilidade do Governo Nacional em várias áreas do bem-estar social, inclusive da política de saúde.</p>
<p>19. Back to Basics Programme, lançado em 2014</p>	<p>O Programa “De Volta ao Básico” almeja o fortalecimento dos governos locais, elevando os municípios à categoria de prioridade nacional. O <i>Back to Basics</i> é uma estratégia nacional de reforço institucional e financeiro às funções sociais dos municípios, lançado em setembro de 2014 pelo Departamento de Governança Cooperativa, <i>Department of Cooperative Governance</i> (DCoG), com representantes em cada uma das nove províncias e que objetiva melhorar o desempenho dos governos municipais na oferta de serviços básicos.</p>

Fonte: Análise documental.

