

**SAÚDE,
SERVIÇO SOCIAL,
MOVIMENTOS
SOCIAIS
E CONSELHOS**
desafios atuais



EDITORA AFILIADA

*Conselho Editorial da
área de Serviço Social*
Ademir Alves da Silva
Dilséa Adeodata Bonetti
Elaine Rossetti Behring
Ivete Simionatto
Maria Lúcia Carvalho da Silva
Maria Lúcia Silva Barroco

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos [livro eletrônico] / Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (orgs.). – 2. ed. – São Paulo : Cortez Editora, 2025.
ePub

Vários autores.
ISBN 978-65-5555-613-1

1. Assistentes sociais - Atividades políticas 2. Movimentos sociais - Brasil 3. Política de saúde - Brasil 4. Saúde pública - Brasil 5. Serviço social - Brasil I. Bravo, Maria Inês Souza. II. Menezes, Juliana Souza Bravo de.

25-300403.0

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Saúde pública : Serviços sociais 362.10981

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427

**Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
(Orgs.)**

**SAÚDE,
SERVIÇO SOCIAL,
MOVIMENTOS
SOCIAIS
E CONSELHOS
desafios atuais**

2ª edição

(versão digital)

**CORTEZ
EDITORA**

SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E CONSELHOS: desafios atuais
Maria Inês Souza Bravo • Juliana Souza Bravo de Menezes

Capa: aeroestúdio

Revisão: Maria de Lourdes de Almeida

Preparação de originais: Jaci Dantas

Diagramação: Linea Editora

Assessoria editorial: Elisabete Borgianni

Secretaria editorial: Priscila F. Augusto

Coordenação editorial: Danilo A. Q. Morales



Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa das autoras e do editor.

© 2012 by Autoras

Direitos para esta edição

CORTEZ EDITORA

Rua Monte Alegre, 1074 – Perdizes

05014-001 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3864-0111 Fax: (11) 3864-4290

e-mail: cortez@cortezeditora.com.br

www.cortezeditora.com.br

Publicado no Brasil — 2025

Sumário

Prefácio	9
Apresentação à 2ª edição	17
Apresentação	23

PARTE I

Saúde e Serviço Social

1. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil <i>Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi</i>	35
2. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? <i>Mary Jane de Oliveira Teixeira</i>	61
3. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social <i>Raquel Cavalcante Soares</i>	91

PARTE II

Movimentos sociais e saúde

- 4. Mudanças no perfil das lutas de classes e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das ciências sociais**
Marcelo Braz..... 117
- 5. Sobre os partidos políticos no Brasil de hoje: um enfoque a partir da classe trabalhadora e seus movimentos**
Marcelo Badaró Mattos..... 152
- 6. Partidos políticos e a luta por saúde**
Maria Inês Souza Bravo, Tainá Souza Conceição, Paula Soares Canellas e Anna Luiza Teixeira Ramos 172
- 7. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista**
Maria Inês Souza Bravo e Morena Gomes Marques 197
- 8. Organização político-sindical dos Assistentes Sociais: uma breve análise**
Maria Inês Souza Bravo, Altineia Maria Neves, Maria Cristina Braga e Mariana Maciel do Nascimento Oliveira 228
- 9. Rádios comunitárias no Rio de Janeiro: movimentos contra-hegemônicos de democratização das comunicações**
Gustavo França Gomes e Maria Inês Souza Bravo 257

PARTE III

Conselhos de política e de direitos e Serviço Social

- 10.** O Conselho Nacional de Saúde na atualidade:
reflexões sobre os limites e desafios
Juliana Souza Bravo de Menezes 277
- 11.** Participação social e controle social na saúde: a criação dos
conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro
Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes 297
- 12.** Sociedade civil e controle social: desafios para o Serviço Social
Maria Valéria Costa Correia 317
- 13.** Conselhos de direitos e intervenção profissional do
Serviço Social
Maria Lúcia Duriguetto 331
- Sobre os Autores..... 361

Prefácio

Lutas sociais e produção de conhecimento: pela vida!

*Virgínia Fontes**

Este livro chega em hora especialmente oportuna. Dá sequência a um trabalho que já vem sendo realizado, com muito empenho e esforço, em diversos grupos de estudo de instituições públicas, em sindicatos, em movimentos sociais populares: a pesquisa consistente e coerente sobre as condições históricas e sociais no âmbito da saúde e do serviço social. A atuação, a persistência e a coragem de Maria Inês Bravo, ao lado de Juliana Menezes e dos demais integrantes do grupo de pesquisa, são admiráveis.

Uma das mais importantes tarefas intelectuais da atualidade é exatamente a que este livro empreende, ao sistematizar as informações de maneira rigorosa, analisando os dados de maneira crítica, divulgando e socializando as pesquisas provenientes de grupos de investi-

* Docente do Programa de Pós-Graduação (PPG) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-Fiocruz, do PPG em História da Universidade Federal Fluminense e da Escola Nacional Florestan Fernandes-MST. Pesquisadora do CNPq.

gação de diferentes universidades do país. Em primeiro lugar, portanto, este é um livro de pesquisa, daquela que consideramos fundamental a ser desenvolvida nas instituições públicas, pesquisa pautada pela relevância social do estudo. Aqui não cabem os trabalhos que visam apenas a busca de louros imediatos e de carreiras acadêmicas confortavelmente instaladas em temas irrelevantes — e esse é o caso menos grave — ou em trabalhos que, ostentando todos os cacoetes acadêmicos, procuram apenas acompanhar os ventos dominantes, girando sempre para o lado mais conveniente para seus autores.

Este livro integra uma série de publicações, muitas delas organizadas diretamente por Maria Inês Bravo, que acompanham os processos em curso e as modificações ocorridas no Serviço Social e na Saúde, perscrutando as diferentes conjunturas, as relações entre as forças sociais, as grandes modificações que ocorreram no Brasil contemporâneo. Procuram sempre iluminar os preceitos constitucionais e legais que orientaram a instauração de tais políticas, o espírito instaurador das leis e acompanham as errâncias, avanços e descaminhos posteriores. Trata-se, assim, de pesquisa com profundo teor democrático, no sentido mais amplo do termo. Pesquisa democrática, pois procura assegurar que as conquistas legais alcançadas pelas lutas levadas a efeito por grandes maiorias sejam efetivamente implementadas; por realizar o acompanhamento e controle de um enorme volume de alterações legislativas que tendem a confundir e a obscurecer o que era uma proposta original bastante clara. Democrática, ainda, pois reitera que a democracia é o espaço do conflito e da luta entre projetos diversos de vida social, mas que iniciando sua trajetória sob um peso esmagador da grande empresa e do grande capital, tende a ser permanentemente diminuída e restringida. Democrática, enfim, pois envolve coletivos diversificados estabelecendo uma agenda de investigação integradora e múltipla, assegurando a formação de jovens pesquisadores e a construção/consolidação de linhas de pesquisa com solidez e profundidade regional e local (subnacional) ao lado de interpretações sólidas no âmbito nacional.

Enfatizei dois aspectos, o da pesquisa e da democracia, não por acaso. Nos ambientes da Saúde e do Serviço Social, o tema da Reforma

Sanitária e das lutas que a acompanharam permanece vivo, não obstante tentativas de apagar os termos então utilizados, de desqualificar as linhas teóricas combativas e, sobretudo, de maquiar maneiras de suprimir ou restringir o alcance e escopo das conquistas realizadas. Abandonando as grandes questões da luta pela desprivatização do Estado que deram origem ao SUS, a tendência hoje predominante é acenar com a eficácia mercantil, introduzindo a lógica da empresa privada e forçando a privatização desigualitária aberta ou disfarçada. Dada a resistência que segue existindo na saúde e no serviço social, esse processo vem sendo realizado de maneira turva: usam argumentos da Reforma, mas se aduiteram os termos originais; supostamente em nome da democracia, procuram esquecer a existência da luta social, que é sua própria condição. A substituição da reflexão pautada nas relações entre as classes sociais pelo imediatismo da urgência do atendimento aos pobres é uma delas e talvez a mais perversa.

A legítima e real premência da prioridade dos setores mais vulneráveis vem sendo um dos caminhos pelo qual se infiltram a venda dos serviços públicos, o deslocamento dos recursos da seguridade social para outros fins, a apropriação privada crescente de recursos públicos e o aprofundamento da desigualdade social. Enorme e histórica, essa desigualdade social se recria e consolida na atualidade através da transferência de recursos públicos para o atendimento privado de — supostamente — maior qualidade aos detentores de planos privados, enquanto se destina ao conjunto da classe trabalhadora e aos mais pobres uma saúde pública pobre, de urgência, com funcionários precarizados e temerosos, com escassos recursos. Se a pobreza e a urgência são reais, artifícios discursivos com viés semifilantrópico apenas reiteram e ameaçam recriar as piores práticas da experiência histórica da acumulação de capital, ao obstaculizar qualquer reflexão que leve em consideração a própria estrutura que produz as desigualdades. As novas gerações têm o direito de conhecer as lutas reais — e suas limitações — que desembocaram no formato representativo e eleitoral contemporâneo. As lutas por democracia envolveram — e seguem envolvendo — a compreensão de que a produção da igualda-

de social não é ato burocrático, mas se enraíza no solo das organizações populares, de sua autonomia frente ao capital, da construção de conhecimento sobre a vida social, de sua participação efetiva, não a convite ou como ato de benemerência (ou de oportunismo de gestores incompetentes), mas nutrindo e incorporando suas reivindicações mais amplas. A democracia não é um caminho linear, resultante de um momento pontual que, uma vez iniciado, apenas se amplia. A democracia, quando brota sob o predomínio do grande capital e das grandes burguesias, é também o solo no qual as grandes entidades empresariais, as organizações financiadas pelo patronato atuam ativamente fora e dentro do Estado para assegurar seus interesses, justificando-os de maneiras variadas e, em muitos casos, apenas adulterando os termos da luta social para tornar mais palatáveis suas próprias propostas. Com recursos fartos, é bem mais fácil organizar-se para convencer os demais de que necessitam de mais recursos públicos para suas próprias atividades empresariais. Mesmo se isso signifique tornar a vida humana o pasto de atividades cujo objetivo é apenas o lucro.

Apesar de todos os modismos dos últimos anos, que procuravam apagar retoricamente a existência das classes sociais; apesar da violência social e simbólica exercida nas mais diferentes instituições privadas e públicas, como demissões imotivadas ou o direcionamento preferencial dos recursos para os que mais rapidamente se adequavam às pautas propostas e induzidas de cima para baixo; apesar da intensa precarização e fragilização das relações de trabalho, reduzindo o ímpeto combativo dos trabalhadores, que dependem desses frágeis empregos para subsistir; apesar de tantas outras arbitrariedades, não foi possível apagar do campo da saúde a inquietação sobre as grandes questões que envolveram e seguem envolvendo o SUS e a Seguridade Social.

Por essas razões, é tarefa fundamental e inadiável na atualidade a difusão e o aprofundamento de pesquisas desse tipo. Estamos num momento histórico peculiar, que nos exige retomar com maior clareza e capacidade crítica o fio das grandes lutas da Reforma Sanitária, que podemos considerar heroicas, contanto que não seja apenas para rea-

lizar seu elogio fúnebre. Precisamos esquadriñar seu alcance e seus sujeitos, seus objetivos e temas principais, mas também identificar seus limites, os momentos internos de fraqueza e de derrota. Estamos há quase quatro décadas imersos nesse processo, iniciado na década de 1970, que aprofundou determinadas características, enquanto atrofiava algumas promessas. Trata-se de retomar o processo histórico como parte integrante de nossas conquistas, mas também de desacertos e de derrotas. Somos herdeiros de lutas formidáveis. Porém tais lutas não foram homogêneas, assim como o resultado constitucional a que se chegou. Isso hoje é tão mais evidente quanto alguns descaminhos ulteriores aprofundaram brechas já presentes na implantação do SUS, como a manutenção de um setor privado complementar ou suplementar. Porém não apenas o ponto de partida precisa ser detalhadamente revisto: também o conjunto das lutas e os constrangimentos experimentados no período pós-ditatorial integram as condições atuais.

Os *slogans*, sobretudo em torno do SUS — pois o tema crucial da Seguridade Social vem sendo deixado à sombra por muitos, o que, felizmente, não é o caso deste livro — se sucedem. O que queremos? O “verdadeiro” SUS? Retomar o SUS constitucional? Garantir a sobrevivência do SUS? Ampliar o SUS? Para quem e para quê?

A Seguridade Social e o Sistema Único de Saúde, enorme vitória das formidáveis lutas sociais das décadas de 1970 e 1980, seguem incompletos até hoje, um quarto de século depois. Mais dramático ainda — e os leitores encontrarão neste livro muitas evidências desse processo — o projeto original (mesmo se já tinha muitos limites) foi constantemente amputado, limitado, restringido, desviado do rumo inicialmente proposto. A tal ponto que alguns se interrogam se ainda resta algo daquele projeto na estranha criatura contemporânea. O SUS condensa parcela importante das expectativas populares, pois nasceu de suas reivindicações. Assim, não podemos nos contentar com avaliações aligeiradas, mas com denso programa de lutas e de produção de conhecimento.

Há uma teia onde se emaranham interesses privados diretamente no interior do Estado (e dos entes federativos), na qual as insistentes

reivindicações democratizantes tendem a ser paralisadas em seus primórdios e limitadas apenas à atuação pontual, reduzidas à ação no imediatismo, enfrentando obstáculos hercúleos erguidos para que esmoreçam. Silenciam-se pois as grandes pautas, enquanto se multiplicam os focos imediatos, cuja urgência real — resultante do conjunto da vida social, produtora e reprodutora das desigualdades que desembocam nos serviços públicos de saúde — se torna, por artifícios discursivos, o argumento ideopolítico dominante de defesa desse tipo de atuação. Não é apenas um círculo vicioso: é uma espiral na qual se expandem os interesses privatizantes.

Não há respostas prontas às indagações sobre o SUS: há uma oportunidade histórica e uma necessidade social de enfrentá-las. As exigências imediatas da luta não podem deixar de lado os interesses históricos da classe trabalhadora como um todo, pois arriscam-se a ser apenas paliativos ou, pior ainda, a legitimar a deformação das grandes conquistas históricas.

A pauta original de pesquisa que este livro traz demonstra que democracia deriva e depende de luta de classes, de organização popular e de enfrentamento das condições impostas pela mera reprodução institucional — mesmo se representativa e eleitoral — da forma social dominante. Essa não é uma forma social neutra: estamos diante de um dos mais impactantes momentos de concentração de capitais no país, com instituições públicas financiando até mesmo a transnacionalização de empresas gigantescas com sede no país, como a JBS-Friboi e outras, como vem fazendo o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social o (BNDES). Neste momento histórico, a atuação governamental — crivada e atravessada por entidades privadas íntimas do grande empresariado — pesa com todo o seu peso para capturar parcela dos trabalhadores públicos (sobretudo os “gestores”, termo que se dissemina de maneira impressionante na saúde) para que eles próprios realizem a privatização da qual outros serão os beneficiários — e dentre eles não está a massa dos trabalhadores do país.

A luta pelo socialismo e pelo revolucionamento da vida social é agora, como historicamente, condição de manutenção viva de uma

democracia substantiva. Com a condição permanente de analisar criticamente acertos e desacertos. Se na década de 1980 essas reivindicações socializantes permitiram chegar à formulação do SUS — mesmo se truncada, em razão da correlação de forças então presentes — hoje elas são ainda mais imperativas e imperiosas.

Constatamos, decerto, um refluxo nas lutas populares e uma grande dificuldade de atuação das forças que enfrentam os processos privatizantes, contra a lógica predominante do capital. Por razões diversas, exploradas também em artigos figurando neste livro, experimentamos um período no qual o apassivamento se soma a uma espécie de integração subalterna ativa, ao mesmo tempo em que as organizações mais combativas parecem ainda despreparadas para as dimensões da tarefa que precisam cumprir.

É tanto mais difícil e complexo levar adiante a organização de setores populares, quanto mais recursos têm os grupos dominantes para convencer, organizar, formar, divulgar, sem jamais deixar de lado, não esqueçamos, a prática de coagir os trabalhadores, a começar pelo desemprego. Basta ver as manchetes e a página de opinião de um jornal como *O Globo*, que, a cada manifestação popular, lança o mesmo repetitivo anátema, designando como “vândalos” os que lutam por transporte, saúde, salário, habitação. O tratamento desqualificador intimida e ameaça. Se a imprensa tem papel importantíssimo, este é sobretudo o de escudar e amparar a atuação cotidiana de seus pares, os grandes proprietários de capital. Esse é o contexto das lutas de classes sob regimes democráticos que, sendo sua conquista, parecem converter-se em forma predileta da dominação capitalista.

Vale lembrar que esse refluxo pode significar também o período de gestação de novas reivindicações, de novas modalidades organizativas, que já incorporam a experiência histórica recente e se preparam para enfrentar o formato atual do predomínio da pequena política das emergências focalizadas, fartamente sustentada com recursos patronais, trazendo novamente à cena a grande política. Expandem-se, sobretudo nos setores ligados à saúde e ao serviço social — retomadas importantes de reflexão e de luta. A estreita relação entre atividade e

reflexão, entre prática social e conhecimento, se evidencia mais uma vez. Este livro está muito próximo dessa inquietude ainda discreta para o grande público, mas que fermenta no âmbito da saúde. Esses novos impulsos, que precisam ser nutridos e acolhidos, encontram neste livro — e em outras iniciativas similares, originadas em diferentes movimentos sociais populares — uma resposta e a possibilidade de se alçarem para novo patamar de compreensão e de reivindicação. Não apenas de maneira idealizada, como muitos intelectuais agiram com relação aos “novos” movimentos sociais e à “sociedade civil”, mas tendo a clareza de que integram o terreno contraditório da luta de classes, frontalmente contra a redução da vida humana a mera engrenagem para a produção de lucros. Mas também não da forma fria e distante daqueles intelectuais reclamações que se limitam a denunciar a contaminação das arenas de lutas de classes, sem delas participar.

Nos fins de 2007, surgiu o Fórum de Defesa dos Serviços Públicos e Contra as Fundações de Direito Privado no Rio de Janeiro, agregando diferentes sujeitos sociais, como sindicatos, partidos políticos, parlamentares, pesquisadores e movimentos sociais. Da própria luta árdua e concreta, derivou-se, em 2008, o Movimento Unificado dos Servidores Públicos Estaduais (MUSPE) e o Fórum de Saúde, enfrentando a estratégia e as táticas de privatização que vêm sendo impostas através da generalização de Organizações Sociais, Oscips, Fundações de Direito Privado e de transformações moleculares na contratação e na gestão dos serviços públicos. Essa luta desembocou na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que teve impactante atuação na 14ª Conferência Nacional de Saúde, no final de 2011, e já abrange uma quantidade significativa de estados e municípios no país.

Este livro resulta dessas lutas e abre caminho para a consolidação de um processo nacional de retomada consistente das pesquisas de base crítica; da formulação de um amplo programa de formação teórica, social e política dessas gerações de estudantes e de trabalhadores na saúde que, mesmo com precárias condições, não abandonaram nem esqueceram as tradições desiguais do chão social no qual nasceram e contra elas se insurgem. Se inscreve plenamente, pois, na dinâmica da luta social e da produção de conhecimento.

Apresentação à 2ª edição

Esta coletânea teve sua primeira edição publicada em 2012, fruto dos estudos do grupo de pesquisa registrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) “*Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social*”, da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo. Contou também com a participação de professores convidados que estiveram presentes em seminários, debates, estágios de doutoramento e pós-doutorado realizados no âmbito do grupo.

Na atual edição foi inserido um artigo inédito, escrito por Gustavo França Gomes e Maria Inês Souza Bravo, que analisa como as Rádios Comunitárias se inserem no movimento cultural contra-hegemônico de enfrentamento às expressões da questão social, em especial naquelas relacionadas à saúde. Este texto apresenta alguns dos resultados da investigação em andamento, realizada pelo grupo de pesquisa, que tem como objetivo sinalizar as estratégias encontradas nos movimentos culturais de potencialização da consciência crítica e organização política, e seus envolvimento na luta pela saúde pública de qualidade, sinalizando os limites que são colocados para as rádios comunitárias de democratizar a comunicação.

O momento conjuntural de lançamento da segunda edição desta coletânea é de manifestações de massa e mobilizações do povo por

mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da população brasileira. “As manifestações se iniciaram por protestos contra o aumento das passagens e se desdobraram para uma multifacetada pauta que tem por centro a demanda por educação, saúde, contra os gastos com a Copa e seus efeitos perversos, como as remoções, e contra uma forma política que mostra seus limites com representantes que não representam, eleitos por muitos e defendendo os interesses de poucos” (Iasi, 2013).

A resposta da presidente Dilma aos protestos populares se materializa em cinco “pactos”: um pelo equilíbrio e responsabilidade fiscal; um pela reforma política; um contra a corrupção; um pela saúde e educação e um pela chamada mobilidade urbana.

Considera-se que as propostas apresentadas pela presidente diante dos reclamos das ruas são insuficientes e não apresentam nenhuma mudança de fundo ou reforma estrutural para o atendimento das necessidades sociais que estão fazendo o país explodir.

As propostas com relação à Saúde não enfrentam a determinação social do processo saúde-doença, rebaixa a pauta da saúde à lógica incrementalista e assistencial, e reitera o modelo médico-centrado e a privatização. Os problemas do SUS não serão estruturalmente resolvidos, e em algumas dimensões até poderão ser aprofundados, com a implantação das proposições do chamado “pacto para a saúde pública”: 1) A contratação de médicos estrangeiros não resolverá o problema de pessoal no interior e na periferia. 2) A abertura de vagas para a graduação em Medicina e para a Residência também não são soluções para a crise da saúde se não forem acompanhadas de discussão sobre o modelo de formação para o SUS tendo ainda um agravante que contempla abertura de vagas para o setor privado. As vagas só podem ser para o setor público. 3) A construção de novas unidades de saúde pública sem especificar se serão 100% estatal, sob as normas do direito público, com contratação de pessoal pelo RJU e financiamento efetivo também não trará melhorias para a saúde. 4) O fortalecimento da rede filantrópica é uma medida que aprofunda a privatização do sistema público de saúde.

Posteriormente, é apresentado pelo governo o Programa Mais Médicos (MP n. 621/2013) que procura consolidar algumas proposições já apresentadas com a inclusão de outras. Neste, são apresentados três eixos principais. O primeiro é aumentar a duração do curso de Medicina para oito anos. Não tem sentido este aumento mas o que deve ser realizado é uma ampla reforma do ensino médico com ênfase na formação geral e na realização de estágios no SUS, inclusive na atenção básica. O segundo é promover abertura de escolas médicas e ampliar o número de vagas, incluindo o setor privado. Como já foi afirmado anteriormente, não deve-se abrir vagas no setor privado mas somente na rede de faculdades públicas, face a qualidade do ensino e a privatização da educação. O terceiro é promover o incentivo à interiorização do médico brasileiro e a vinda de médicos formados fora do país. Ampliar o acesso de profissionais de saúde e não apenas de médicos para o interior é uma necessidade, que tem que ser enfrentada não com a precarização do trabalho no SUS e sim com a realização de concurso público RJU e com o estabelecimento da carreira única do SUS. Outro aspecto preocupante desta medida provisória é delegar à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) a concessão de bolsas para as ações de saúde, o ressarcimento de despesas e adotar outros mecanismos. A EBSERH está sendo contestada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelas universidades públicas federais, pelos Hospitais e Institutos Federais bem como pela Procuradoria Geral da República, com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade.

Caso o objetivo do governo seja dar respostas de fato aos problemas apresentados, deve-se por um lado, exigir o caráter público dos serviços que visam a atender direitos essenciais como saúde, educação e transporte que nunca podem ser resolvidos pela forma mercadoria. E, para avançar, deve-se tocar na questão de fundo que é a produção social da riqueza e de sua acumulação privada. Nos tempos de hoje, uma questão é fundamental para reflexão: A vida e a reprodução podem ser garantidas pelo mercado e os monopólios capitalistas? (Iasi, 2013).

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde tem apresentado como bandeiras fundamentais para a viabilização da saúde pública:

- **Defesa incondicional do SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado e contra todas as formas de privatização e Parcerias Público-Privadas.**
- **Alcançar um mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a Saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde, cumprindo o aprovado pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, espaço de efetiva manifestação e vocalização popular sobre suas reivindicações para a saúde.**
- **Pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU).**
- **Pela Auditoria da Dívida Pública.**
- **Contra os subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde.**
- **Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pelo arquivamento do Projeto de Lei do Senado (PLS) n. 259/2009 que altera a artigo 23 da Lei n. 8.080/90 para viabilizar o rentismo.**
- **Pela revogação da Lei n. 12.550/2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.895/2013 que tramita no STF. Não podemos entregar os Hospitais Universitários a uma Empresa de direito privado, quebrando a autonomia universitária no que diz respeito ao ensino e à pesquisa. Também não podemos permitir a criação de subsidiárias que entreguem os Hospitais Federais e Institutos à EBSERH, como a denominada Saúde Brasil.**
- **Pela revogação da Lei n. 9.637/1998 que cria as Organizações Sociais (OSs) e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.923/1998 que tramita no STF. As OSs desrespeitam o controle social, promovem a cessão de servidores públicos para entidades privadas, contratam trabalhadores sem concurso público, garantem a aquisição de bens e serviços sem processo licitatório, facilitando o desvio de recursos públicos.**
- **Pela anulação imediata da Proposta de Lei Complementar n. 92/2007, em tramitação no Congresso Nacional, que propõe**

as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) para gerir todas as áreas sociais: saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, e promoção do turismo nacional.

- **Defesa de concursos públicos pelo RJU e da carreira pública de Estado para pessoal do SUS** e contra todas as formas de precarização do trabalho. Por reajustes salariais dignos e política de valorização do servidor, isonomia salarial, estabilidade no trabalho, e implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).
- **Pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde.**
- **Defesa da implementação da Reforma Psiquiátrica** com ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, contra as internações e recolhimentos forçados e a privatização dos recursos destinados à saúde mental via ampliação das comunidades terapêuticas.
- **Pelo cancelamento do Projeto de Lei do Deputado Federal Osmar Terra que propõe alterações na Lei n. 11.343/2006** e inverte a prioridade de intervenção na área da saúde mental que tem na internação compulsória o último recurso clínico para pessoas que apresentam problemas no uso das drogas, conforme a Lei n. 10.216/2001, colocando-a como primeira e principal estratégia de cuidado.
- **Contra o modelo “médico assistencial privatista”** centrado no atendimento individual e curativo subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, e pelo fortalecimento da atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade.
- **Pela efetivação do Controle Social Democrático** e das deliberações da 14^a Conferência Nacional de Saúde.
- **Pela revogação da Reforma da Previdência Social.**

Enfim, **a determinação social do processo saúde e doença** vinculada às relações sociais capitalistas, reprodutoras de desigualdades sociais e da barbárie, nos mobiliza a articular as lutas pela saúde com as demais lutas sociais pela superação desta sociedade. Ou seja, por **uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais!**

Os artigos que compõem esta coletânea têm como preocupação central analisar a realidade atual para transformá-la, como já afirmou Marx. Nesses tempos de crise estrutural do capitalismo, de barbarização da vida social, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social, é fundamental o pessimismo da razão aliado ao otimismo da vontade, como afirmava o marxista italiano Antônio Gramsci.

Não poderíamos encerrar essa apresentação sem registrar nossos agradecimentos a todos os nossos interlocutores — alunos, companheiros de trabalho e de militância, assistentes sociais, trabalhadores da saúde, militantes de movimentos sociais bem como ao Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
(Organizadoras)

Rio de Janeiro, julho de 2013.

Apresentação

Esta coletânea é fruto dos estudos do grupo de pesquisa registrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social” da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo. Conta também com a participação de professores convidados que participaram de seminários, debates, estágios de doutoramento e pós-doutorado realizados no âmbito do grupo.

Pretende-se, com este livro, fornecer fundamentos teórico-críticos que orientem os diversos sujeitos sociais e coletivos para análise e transformação junto às políticas sociais e, em especial, à política de saúde voltada para a emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana.

Uma das preocupações é retomar os princípios que deram origem ao projeto de Reforma Sanitária brasileiro, surgido em meados dos anos 1970, com o processo de redemocratização do país, contrário à privatização e em defesa da saúde pública, estatal e universal. Procura articular as lutas na saúde a um novo projeto societário em oposição a nova política social viabilizada pelo Estado aliado à burguesia, desde o final do século XX até os dias atuais. Este novo Estado reduz sua ação direta à prestação de serviços compensatórios e assume o papel de gerenciador de iniciativas privadas e de repolitização da política

por meio de ações que visam o apassivamento dos movimentos sociais (Fontes, 2006).¹

- As pesquisas têm se concentrado em três linhas de investigação:
- A Política de Saúde Nacional e no Estado do Rio de Janeiro — seus fundamentos de análise.
 - O Serviço Social: interface com a Saúde e a gestão democrática.
 - A contribuição dos conselhos, movimentos sociais e partidos políticos nas lutas por saúde, na socialização da política e na democratização da gestão.

Os estudos realizados têm também como preocupação articular ensino, pesquisa e extensão, envolvendo estágio curricular e assessoria aos movimentos sociais e conselhos.

A coletânea está dividida em três partes. A primeira enfoca a *Saúde e o Serviço Social*, caracterizando os impactos da contrarreforma na Política de Saúde, traduzidos nas políticas de ajuste recomendadas pelos organismos multilaterais e pelas propostas de mercantilização da saúde. Nesta conjuntura, o trabalho do Serviço Social tem grandes impasses e desafios decorrentes da mudança das condições materiais de trabalho.

A segunda parte vai enfatizar os movimentos sociais procurando demonstrar que não há capitalismo sem lutas de classes. Procura analisar as lutas sociais e suas expressões na saúde através dos diversos sujeitos coletivos que, historicamente, entram em cena, enfatizando os partidos políticos e a luta sindical.

Na terceira parte são analisados os Conselhos de Política e de Direitos, mecanismos propostos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos 1980, mas implementados na década de 1990, período em que o projeto coletivo é substituído pelo projeto corporativo que procura naturalizar a ordem burguesa. Apesar das

1. FONTES, V. Sociedade civil no Brasil contemporâneo. In: LIMA, J.; NEVES, L. M. W. (Orgs.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

reflexões apontadas nos textos que explicitam os limites desses espaços, os autores também ressaltam a sua importância estratégica para o avanço da democracia política e social no Brasil, aspectos centrais para se atingir a democracia econômica. Para conseguir este objetivo destaca-se também a importância da criação de espaços alternativos ao controle social, a exemplo do que vem ocorrendo na área da saúde, com a criação de fóruns contra a privatização em diversos estados e municípios brasileiros. Além da criação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde que congrega os fóruns estaduais, regionais, municipais e vários movimentos sociais, sindicais, partidos políticos e projetos universitários e têm empreendido lutas em defesa da saúde e da vida. Esses novos mecanismos podem ser considerados como controle democrático na perspectiva das classes trabalhadoras e têm exigido dos conselhos, posicionamento em torno de questões centrais cruciais como a reação à privatização da saúde e a defesa da saúde pública, estatal, com qualidade e sob administração direta do Estado. Dois capítulos vão explicitar a importância da assessoria aos conselhos que pode ser realizada por assistentes sociais e demais profissionais e entidades. Esta tem por intencionalidade o fortalecimento e defesa da democracia e dos direitos, através da socialização das informações bem como a mobilização para organização e articulação dos diversos sujeitos coletivos para a luta e defesa de uma sociedade sem exploração.

Estes são os conteúdos centrais abordados nesta coletânea, que enfatiza a mercantilização da saúde e os seus impactos sobre o exercício profissional do assistente social que serão a seguir melhor explicitados.

A primeira parte compõe-se de três capítulos.

O primeiro, de autoria de Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, vai apresentar o padrão de articulação entre o público e o privado no financiamento, prestação e gestão da atenção à saúde no país. No final, vai identificar os impactos dessa articulação sobre o trabalho e o acesso à saúde bem como colocar os desafios atuais na perspectiva da unidade entre os movimentos sociais, partidos políticos e demais componentes das classes subalternas para a resistência e transformação

das bases mercantilistas-burocráticas e profundamente antidemocráticas da política de saúde na atual conjuntura.

No segundo texto, Mary Jane de Oliveira Teixeira propõe refletir sobre os impactos dos “novos modelos de gestão” na saúde, ressaltando a Fundação Estatal de Direito Privado. A autora finaliza destacando algumas lutas efetivadas por diversas entidades, bem como pelos Fóruns de Saúde criados em diversos estados brasileiros e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Enfatiza que a mobilização até o momento, ainda que apresente limites, obteve alguns frutos, ou seja, o Projeto de Lei Complementar (PLC) n. 92, de 2007, não foi votado face às resistências. Ressalta ainda a importância da conjugação das entidades em defesa do serviço público estatal com a finalidade de exigir do Estado que cumpra seu papel na garantia dos direitos.

Raquel Cavalcante Soares, no terceiro capítulo, vai analisar a contrarreforma na política de saúde brasileira a partir dos anos 1990, desvelando os projetos em confronto e os eixos de sua racionalidade. A autora vai explicitar os contornos que estas modificações vão acarretar à saúde face suas particularidades e as formas de resistência a esse processo. Afirma que há uma estratégia transformista da reforma sanitária e um empobrecimento de sua radicalidade. O texto vai enfatizar também os impactos desta política no Serviço Social com requisições que incidem sobre suas práticas sociais tanto na participação, nas novas modalidades de gestão, no planejamento, quanto nas ações emergenciais.

A segunda parte do livro é composta de cinco capítulos, sendo dois de natureza mais geral, analisando os movimentos sociais nas últimas décadas, os desafios postos pela contemporaneidade das lutas de classes e os partidos políticos no Brasil. Os três artigos a seguir consistem em investigações em andamento realizadas pelo grupo de pesquisa com a intencionalidade de abordar os partidos políticos, a luta sindical e a organização político-sindical dos assistentes sociais.

O capítulo de abertura, de autoria de Marcelo Braz, vai analisar o debate teórico acerca dos movimentos sociais nas últimas décadas do século passado, nos países desenvolvidos e no Brasil. O autor vai

expor sua crítica aos modismos conceituais e, valendo-se de expoentes da tradição marxista, vai tecer considerações acerca do sujeito revolucionário e do partido na contemporaneidade. Considera-se que o balanço realizado pelo autor pode servir de referência para problematizar a relação do Serviço Social com o universo complexo de lutas de classes que envolvem a área da saúde, foco deste livro. Por fim, Braz coloca como desafio a necessidade de uma renovação teórica que procure realizar uma articulação entre as fontes clássicas da tradição marxista e as contribuições da tradição teórica-política que delas derivam e a elas se associaram no curso da trajetória do movimento socialista e comunista. Destaca que essa articulação deve se dar face aos enormes desafios postos pela atualidade.

Marcelo Badaró Mattos vai apresentar reflexões sobre os partidos políticos no Brasil na atualidade que têm relação com o processo de reorganização da classe trabalhadora. Para fazer sua análise, vai referir-se a Marx, Engels, Lênin, Rosa Luxemburgo e Gramsci. Este percurso é justificado pelo autor como necessário para entender como um partido que surge com um horizonte de classe, defendendo o socialismo, pode dar origem, em sua trajetória posterior, a posições políticas que contrariam tal origem. É com estes fundamentos que Mattos vai tomar como marco a origem do Partido dos Trabalhadores e suas modificações no decorrer das décadas de 1980, 1990 e 2000. O autor afirma que, sem querer apresentar respostas, continua apostando na possibilidade de construção de uma organização ou uma frente de organização de um partido da classe trabalhadora no Brasil de hoje para construir o projeto de reforma intelectual e moral, usando a categoria de Gramsci.

O artigo “Partidos políticos e a luta por saúde” apresenta alguns dos resultados da pesquisa em andamento realizada com catorze partidos políticos, buscando identificar as propostas relacionadas à saúde. Ressalta que os partidos que tiveram destaque no processo constituinte e defenderam o projeto de Reforma Sanitária se afastaram de suas proposições. Há o desafio dos novos partidos ou frente de partidos de abraçarem esta bandeira, como tem sido o esforço da Frente Nacional

contra a Privatização da Saúde, que procura articular diversas entidades,² movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários com o objetivo de defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

O texto escrito por Maria Inês Souza Bravo e Morena Gomes Marques analisa o potencial das centrais sindicais na atual conjuntura brasileira e suas principais lutas com relação à saúde. É também fruto de investigação realizada pelo grupo de pesquisa com as dez centrais sindicais criadas a partir dos anos 1980. A atual organização das centrais e a sua pluralidade demonstra uma disputa entre os distintos projetos societários no plano sindical e suas refrações na saúde entre a defesa da Reforma Sanitária e do projeto privatista. As centrais que têm defendido o SUS público, estatal e de qualidade são a CSP — Conlutas (Central Sindical e Popular) e as Intersindicais (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora e Instrumento de Luta, Unidade

2. ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), Andes-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior), Asfoc-SN (Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz), CMP (Central de Movimentos Populares), CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), CSP-Conlutas (Central Sindical e Popular), CTB (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil), Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem, Fasubra (Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras), Fenasps (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social), Fentas (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde), Fórum Nacional de Residentes, Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora e Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central), MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), Seminário Livre pela Saúde, os Fóruns de Saúde já existentes (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul, Paraíba, Goiás, Maranhão, Pará, Mato Grosso e Santa Catarina), os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU, PT e PCdoB), consulta popular e projetos universitários (UERJ — Universidade do Estado do Rio de Janeiro; UFRJ — Universidade Federal do Rio de Janeiro; UFF — Universidade Federal Fluminense; UFAL — Universidade Federal de Alagoas; UEL — Universidade Estadual de Londrina; EPSJV/FIOCRUZ — Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ; CESTEJH/ENSP/FIOCRUZ — Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde da FIOCRUZ; UFPB — Universidade Federal da Paraíba; USP — Universidade de São Paulo).

da Classe e de Construção de uma Central). Na CTB (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil) e na CUT (Central Única dos Trabalhadores), há um projeto de disputa interna. No bloco que defende o setor privado há uma coligação entre Força Sindical, NCST (Nova Central Sindical de Trabalhadores), UGT (União Geral dos Trabalhadores) e CGTB (Central Geral dos Trabalhadores do Brasil) e cuja agenda unitária protagonizada pelas mesmas não faz menção ao SUS. Um dos desafios nesta conjuntura é a mobilização e organização dos movimentos sociais, partidos, intelectuais da esquerda e demais entidades na luta contra-hegemônica.

O último texto desta parte, “Organização Político-Sindical dos Assistentes Sociais: uma breve análise” vai apresentar alguns resultados da pesquisa em andamento que é tema da agenda de debate da categoria no atual contexto. Tem-se por objetivo identificar o nível de participação dos assistentes sociais no movimento sindical e remete a algumas preocupações: a discussão acerca da organização sindical por ramo e/ou categoria e se os assistentes sociais estão inseridos na luta sindical. Os resultados preliminares da investigação evidenciam a baixa participação dos profissionais em algum tipo de atividade sindical, tal como foi identificado na pesquisa nacional realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2005, e como vem ocorrendo com a classe trabalhadora em geral. A retomada da discussão sobre os rumos da organização da classe trabalhadora no Brasil rebate na questão sobre como o Serviço Social que defende um determinado projeto profissional se insere nestas lutas através de seus agentes profissionais. O artigo pretende estimular o debate, pois muito tem que ser aprofundado.

A terceira parte é composta de quatro artigos. Dois são frutos de investigações do grupo de pesquisa e vão analisar os Conselhos de Saúde (o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos de Gestão Participativa no Rio de Janeiro) e os outros dois artigos vão relacionar os Conselhos de Política e de Direitos com o Serviço Social.

O primeiro artigo de autoria de Juliana Souza Bravo de Menezes aborda o papel do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no governo

Lula, identificando os limites dessa instância na atualidade e os desafios para o aprofundamento e expansão da participação social em saúde, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária. Para a autora, os conselhos de saúde são inovações na formulação de políticas públicas e mecanismos de participação da sociedade nas decisões do Estado. Por meio da pesquisa documental, foi possível identificar a direção da agenda de proposições dessa instância deliberativa e a atuação deste Conselho frente à política nacional de saúde. Tal investigação pretende contribuir para a reflexão crítica sobre o papel dos conselhos de saúde, em especial do CNS, na democratização da relação Estado-sociedade.

Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes analisam os Conselhos de Gestão Participativa criados e regulamentados pelo Ministério da Saúde, a partir de 2005, nos seis hospitais sob sua gestão (Andaraí, Bonsucesso, Ipanema, Jacarepaguá, Lagoa e Servidores), bem como nos institutos (Nacional do Câncer, Traumatologia e Ortopedia e Cardiologia de Laranjeiras). Como principais características dos Conselhos de Gestão Participativa destaca-se que são órgãos colegiados permanentes que têm como finalidade assegurar a participação da população no acompanhamento da execução das políticas e ações de saúde. São espaços consultivos, ou seja, não deliberativos, não decidindo sobre as políticas e ações de saúde no âmbito de atuação da unidade. A composição é tripartite e não paritária (1/3 representantes da direção da unidade; 1/3 representantes de trabalhadores da instituição; 1/3 representantes de usuários indicados pelo Conselho Distrital de Saúde). O diretor geral da unidade é membro nato do conselho, sendo quinze (15) o número máximo de conselheiros. Como reflexão, as autoras apresentam que, na atual conjuntura, esses espaços estão sendo despolitizados, com a perspectiva de apassivamento dos movimentos sociais. Ressalta-se a necessidade de construção de uma cultura política contra-hegemônica através da pressão exercida pelos Fóruns de Saúde, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e demais sujeitos coletivos.

Maria Valéria Costa Correia vai abordar o tema controle social na relação Estado e sociedade civil, a partir do referencial teórico de Gramsci. Considera que no contexto de contrarreformas no campo das políticas sociais, os mecanismos de controle social deveriam se converter em espaços de resistência ao processo de privatização e de defesa da efetivação dos direitos sociais. Ressalta a importância de elucidar de que conceito de sociedade civil está se falando e que relação tem com o Estado. Faz referência ao fato que o profissional de Serviço Social tem sido demandado a trabalhar com os mecanismos de controle social, principalmente junto aos Conselhos de Política e de Direitos. Esta atuação tem se dado na assessoria, na criação, organização e acompanhamento desses conselhos bem como na capacitação de conselheiros e como pesquisador. Esta atividade é uma nova demanda ao profissional. Cabe também ao assistente social atuar nos conselhos através de representação política de sua categoria. Apresenta alguns desafios para os conselhos e afirma que estas instâncias são contraditórias e que podem se constituir em espaços de participação na perspectiva da ampliação da democracia ou de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. A autora destaca a importância da criação de espaços autônomos, independentes, a exemplo do que vem ocorrendo na saúde, com a criação dos fóruns populares de saúde em diversos estados brasileiros, além da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que congrega os fóruns e vários movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos.

No último capítulo da coletânea, Maria Lúcia Duriguetto apresenta os resultados de pesquisa realizada sobre a intervenção profissional do Serviço Social nos Conselhos de Direitos no município de Juiz de Fora/MG. Tal investigação pretende contribuir para o debate acerca das experiências profissionais nos espaços conselhistas tendo como referência o projeto ético-político profissional. A autora aponta como desafio uma ação profissional que contribua para que os espaços conselhistas constituam um instrumento de defesa de uma ação pública estatal de qualidade no campo da criação, consolidação e ampliação dos direitos. Como proposições fruto do estudo realizado destaca

a necessidade de criação de canais que possibilitem a articulação dos assistentes sociais para discutir suas intervenções nos conselhos; as características de seus serviços; as demandas comuns e as estratégias utilizadas. Tais iniciativas podem contribuir para o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional”, de acordo com um dos princípios do Código de Ética; ações profissionais que visem contribuir para a criação de fóruns de discussão e debate das políticas públicas, objetivando a formação de eixos reivindicativos e articulação das lutas das classes subalternas, iniciativas importantes para se enfrentar a setorialização das políticas e a defesa corporativa de interesses específicos. Por fim, ressalta o espaço dos conselhos como uma das instâncias sociopolíticas possibilitadoras do desenvolvimento de processos de lutas de defesa de direitos e políticas, de fiscalização das ações estatais, de articulação entre forças sociais convergentes, de denúncia e publicização da redução de direitos e do financiamento público para as políticas sociais, do desenvolvimento de ações que extrapolem o espaço restrito da institucionalidade estatal.

Para finalizar esta apresentação, considera-se que os artigos que compõem esta coletânea têm como preocupação analisar a realidade atual para transformá-la, como já afirmou Marx. Nesses tempos de crise estrutural do capitalismo, de expressões cotidianas da barbárie, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social, é fundamental o pessimismo da razão aliado ao otimismo da vontade, como afirmava o marxista italiano Antônio Gramsci.

Rio de Janeiro, agosto de 2011

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
(Organizadoras)

PARTE I

Saúde e Serviço Social

1

O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil*

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Apresentação

O texto é um ensaio que foi fomentado pela discussão acerca do papel do movimento sindical na facilitação da conformação de um padrão de articulação entre o público e o privado no financiamento, prestação e, mesmo, gestão, da atenção à saúde no país. Na primeira seção apresenta e discute as interpretações usuais sobre essa articulação, na literatura internacional de Saúde Pública. A partir da leitura crítica das mesmas, propõe um modelo que, ao mesmo tempo em que integra a dimensão da totalidade, ou seja, a inserção do sistema de saúde na formação econômico-social, também analisa o seu papel específico enquanto lócus de produção e reprodução de riqueza. Na comparação internacional acerca das tendências de mercantilização

* Agradeço os comentários de José Augusto Pina e Carlos Octávio Ocké Reis sobre a primeira versão do texto que o melhoraram significativamente. As imprecisões e diferenças existentes são de minha inteira responsabilidade.

(ou comercialização) da atenção à saúde, propõe a existência de um padrão em mosaico, desde que visto sob um aspecto dinâmico.

A segunda e terceira seção descrevem as características da demanda e da oferta privada e as articulações entre público e privado, nos anos 2000, que reforçariam a hipótese do mosaico.

A quarta seção procura explicar o mosaico pelas características da formação econômico-social brasileira, pelos sujeitos sociais que impulsionam a articulação público-privada e pelas forças atuais que remodelam as tradicionais relações público-privadas existentes na direção da maior corporatização,¹ associada à expansão do gasto privado para as camadas mais pobres. Destaca uma análise, ainda de caráter preliminar, do caráter dos novos entes privados impulsionados pela reforma do Estado dos anos 1990 a atualidade (Rezende, 2007).

Ao final, identifica algumas repercussões dessa articulação sobre o trabalho e o acesso à saúde.

1. Abordagens estáticas e dinâmicas do público e do privado em sistemas de saúde

Pode-se aventar que o termo *mix*, ou combinação público-privado, bastante utilizado atualmente na literatura internacional e nacional sobre sistemas de saúde, parte de uma necessidade de existência de instrumentos, mais que tudo descritivos, acerca da existência de espaços privados de produção, consumo e troca e de espaços não submetidos a essa lógica, que possam estar organizados pelo Estado. Isso acontece, pois essa combinação pode existir em diferentes graus, considerando os distintos cortes analíticos dos sistemas de saúde como os

1. Tradução livre do termo *corporatization*, adotado em trabalhos estadunidenses sobre o sistema de saúde, assinalando a tendência à dominação dos mercados de saúde — de insumos, seguros e serviços — por corporações, ou seja, pelo grande capital oligopolista em suas diversas configurações, de acordo com as conjunturas do modo de produção capitalista (ver, por exemplo, Salmon, 1985).

direitos e obrigações, financiamento, prestação de serviços, regulação. Os termos utilizados se referem à peculiaridade do mix, reestruturação do mix (Almeida, 1999), tipologias de mix (Santos, Ugá e Porto, 2008). O termo mix ou combinação quiçá denote uma ideia de uma síntese de fenômenos diferentes, porém combinados, sem contradições entre eles, ou sem entender o caráter da contradição, que será avaliada nesse trabalho como processo de unidade e luta dinâmico e não estático.

Em outra ocasião (Reis, Andreazzi e Silveira, 2006), estudamos o segmento do mercado privado de saúde no Brasil, os planos de saúde. Estes, embora identificados como autônomos de relações contratuais com o Sistema Único de Saúde, a partir do final dos anos 1980 (Andreazzi, 2002), contaram, historicamente, com o apoio do financiamento público para seu desenvolvimento inicial. E mantém esse apoio através de subsídios para sua manutenção através de abatimentos fiscais do Imposto de Renda. Não cremos tratar-se de caso isolado e sim de um fenômeno mais amplo em que os espaços reservados ao mercado e ao Estado, em um dado sistema, resultam de um processo comum. Trata-se de um frágil, fugaz e mutante ponto arbitrário de corte temporal e geográfico de unidade e luta de contrários, pois mercado e Estado se complementam e disputam ao mesmo tempo. Processo que decorre da dinâmica de cooperação ou extração de excedente a partir dos diversos bens e serviços necessários à produção do cuidado à saúde e da competição entre seus respectivos agentes. E, da dinâmica de reprodução da ordem através desse instrumento privilegiado que é o Estado, a partir da luta de classes existente em uma determinada formação social. Mercados que são definidos pelo Estado nos seus limites e regras de funcionamento; Estado que surge do conflito entre classes e que é permeável aos interesses específicos dos capitais privados.

Frenk e Donabedian (1987), numa aproximação de análise dessa combinação, chamam a atenção para a identificação das forças que conformariam os sistemas específicos de saúde em cada caso nacional. Por um lado, haveriam variáveis por ele consideradas divergentes, pois responsabilizar-se-iam pelas diferenças encontradas, e seriam os sistemas de direitos e os papéis representados pelo Estado e pelo mer-

cado. E, por outro lado, haveria variáveis convergentes, que apontariam para semelhanças, onde se enquadrariam os aspectos internacionais da saúde, que ele denominou de saúde global e ciência e técnica.

Para esses autores, o peso relativo do público e do privado nos diferentes cortes analíticos dos sistemas de saúde dariam lugar a *continuums* de mais ou menos financiamento privado, prestação privada etc., o que caracterizaria certa visão estática da questão.

Mackintosh e Koisuvalo (2005) propõem outra abordagem, substituindo o conceito de mix, entendido como estático, por um modelo de trajetórias de mudança institucional na atenção à saúde. Nesse caso, deve ser considerada a existência de mudanças cumulativas e retroalimentadoras, num processo dito de comercialização, ou seja, de introdução de relações mercantis, inclusive no interior de organizações estatais. Ainda, segundo as autoras, essas trajetórias seriam orientadas mas não determinadas por políticas, pois teriam uma vida econômica por elas próprias, dirigidas pela dinâmica dos mercados, ou seja, pela competição voltada à sobrevivência das firmas e pela seleção das mais capazes.

Assim, foram identificadas três grandes trajetórias. A primeira foi denominada *Comercialização informal de cuidados primários em países de baixa renda*. Nesse primeiro exemplo, a prestação privada em pequena escala, na maioria dos casos não regulada, no campo da atenção primária à saúde para população de baixa e média baixa renda, paga diretamente pelos usuários, representa um papel importante nas áreas urbanas. Na Índia, segundo as autoras, no início dos 2000, 80% das consultas ambulatoriais, no campo e nas cidades, são no setor privado, não havendo licenciamento efetivo dos prestadores. A venda de medicamentos sem prescrição médica é largamente praticada. A insuficiência financeira da demanda gera incentivos para desvios da ética profissional.

A segunda trajetória foi denominada *Corporatização e segmentação nos cuidados hospitalares para população de renda média*. O que trata aqui as autoras é do crescimento e corporações lucrativas no segmento de atenção médica, especialmente de média complexidade (crescimento

esse induzido em grande medida pelas políticas do Banco Mundial) financiadas por seguros privados de saúde para segmentos da população em países de renda média. Apontam que certa fragilidade financeira desse segmento nesses países gera constantes movimentos das firmas por subsídios públicos e contratos com o Estado.

Finalmente, as autoras apontam a trajetória *Globalização de mercados de insumos e trabalho no setor saúde*. Trata-se da internacionalização das empresas multinacionais farmacêuticas e de equipamentos médicos, impulsionadas ultimamente pelos acordos de livre comércio e proteção intelectual, no contexto da mundialização do capital. O poder de monopólio das grandes empresas dos países dominantes traz severas consequências no acesso a medicamentos por parte da maioria da população mundial. Por outro lado, a polarização da riqueza mundial vem atraindo força de trabalho dos países mais pobres, debilitando esses países em termos de seu pessoal de saúde especializado, a despeito dos investimentos, muitas vezes públicos, que fazem na sua formação.

Encontramos, entretanto, especialmente em países capitalistas ditos de renda média, as três trajetórias ao mesmo tempo e espaço formando verdadeiro mosaico. No Brasil, por exemplo, a região amazônica, as áreas rurais, e também as periferias das grandes metrópoles, convivem com a primeira trajetória. No primeiro caso, contando inclusive com a prática não licenciada de médicos de outros países fronteiriços ou a migração entre fronteiras. Isso faz com que se encontrem elevados níveis de despesas diretas com atenção em saúde por parte da população de baixa renda. Para o segmento de população com inserção formal em mercados de trabalho mais dinâmicos e integrados à economia global, se verificou, nos últimos trinta anos, o crescimento de seguros privados de saúde. Este fenômeno induziu certa clivagem na rede de saúde privada com formação de um segmento de alta densidade tecnológica e custos crescentes ao lado de outro que mantém tradicionais relações contratuais com o Estado, debilitado financeiramente pelas políticas de ajuste fiscal e contenção de gastos públicos. Finalmente, a liberalização comercial, a partir da década de 1990, aprofundou a já tradicional dominância do mercado interno de insumos

médicos, especialmente medicamentos, por empresas multinacionais, e a dependência de importações de equipamentos biomédicos de maior complexidade.

Para entender o mosaico, propõe-se uma abordagem teórico-metodológica que considere, simultânea e dialeticamente:

- a) A heterogeneidade/homogeneidade da formação social — os diferentes modos de produção e suas combinações (Althusser, 1998) que configuram distintas relações de produção que estabelecem condições estruturais para a existência de diferentes estratégias de reparação da saúde da população, como, por exemplo, a clássica associação entre capitalismo e seguro social. E, fundamentalmente, a luta de classes, o que configuraria o quadro dos direitos sociais, universais ou particularistas, e o financiamento da saúde das distintas classes e frações de classe.
- b) As forças produtivas e relações de produção no setor saúde — onde também se pode verificar o mosaico de combinações que vão do trabalho informal a grande empresa multinacional.

Ressalta-se que a utilização da analogia ao mosaico não implica sua cristalização em determinadas configurações. Ao contrário, dada a abordagem dialética aqui adotada, se espera uma constante transformação de seu padrão.

2. O mosaico da demanda — os anos 2000 e a expansão do gasto privado

Entre 2003 e 2008, de acordo com pesquisas de base amostral, acrescentaram-se ao número de pessoas cobertas por ao menos um seguro privado de saúde 6,1 milhões de brasileiros. A cobertura populacional passou de 24,5% para 26,3% dos habitantes (IBGE, 2010). É um dado distinto dos dados administrativos enviados pelas empresas a Agência Nacional de Saúde Suplementar, entre esses anos, no que se

refere apenas aos planos de assistência médica, onde teria havido um acréscimo de 9.116.206 vínculos, evidenciando talvez a existência de mais de um vínculo por pessoa (ANS, 2010).

A importância atual do setor privado é mais bem visualizada através do gasto em saúde do país. De acordo com estimativas da OPS em 2004 (OPS, 2008) o gasto total em saúde do Brasil correspondia a 7,9% do PIB; o gasto privado correspondia a 51,9% do total e o gasto direto das famílias representava 64% do gasto privado. Embora este esteja concentrado nas famílias mais ricas, as mais pobres não deixam de gastar diretamente com saúde, especialmente com medicamentos. Em 1996, 9,6% do gasto em consumo das famílias com renda de até dois salários mínimos foi gasto com saúde (era de 6,3% em 1987). A variação entre 1987 e 1996 foi de 52,2%, enquanto a variação do item alimentação foi negativa (Ocké-Reis, Silveira e Andreazzi, 2007). Nos sistemas universais de saúde europeus, a semelhança dos quais a reforma constitucional do setor brasileiro de 1988 de baseou, a participação do gasto privado no gasto total não passa de 30%, assim como a cobertura de planos privados de saúde fica em torno de 10% da população (World Bank, 2006).

Constata-se aqui, em primeiro lugar, o crescimento de uma demanda privada com características socioeconômicas que permitiram o desenvolvimento da trajetória *“Corporatização e segmentação nos cuidados hospitalares para população de renda média”*. Como será assinalado adiante, isso não se deu sem contradições.

3. O mosaico da oferta — os anos 2000 e a consolidação do grande capital na saúde especialmente nas áreas financeira e de tecnologias de ponta. A privatização da gestão dos serviços do Estado. O crescimento do desembolso direto com saúde para a população mais pobre

Não é fenômeno recente e tem origens nas opções políticas e institucionais passadas, que o padrão de oferta de serviços de saúde no

país é de uma extremamente diversificada combinação entre o público estatal, organizações tradicionais de caridade religiosas e filantropia de grupos de autoajuda, empresas lucrativas e práticas liberais. Até os anos 1980, o financiamento público, especialmente através do seguro social, e a opção política pelo apoio ao investimento privado em serviços de saúde, que posteriormente se relacionava com o estado através de processos de contratualização, respondia pela dinâmica do setor privado (Braga e Paula, 1981). Nos anos 1990, se viu uma transição na qual os seguros privados de saúde se consolidam como outra força motriz responsável pela dinâmica do setor (Andreazzi, 2002). Três fenômenos podem ser entendidos como significativos dos anos 2000.

O primeiro se refere à consolidação do grande capital na área de serviços de saúde e sua maior vinculação a empresas de seguros de saúde, na conformação tradicional de capital financeiro, conforme o entendimento clássico de Hilferding (1909), associado à população com renda e empresas produtivas que financiam planos de saúde. De acordo com o IBGE (2006), houve um crescimento, entre 2002 e 2006, de 17,8% no número de estabelecimentos de saúde no país, principalmente relacionado aos sem internações, 74,6% do quais são públicos. Isso reflete a política do Governo Federal de estímulo à expansão do Programa Saúde da Família e outros voltados à atenção básica. 40% e 23% desses estabelecimentos, nas regiões Norte e Centro-Oeste, respectivamente, não têm médico. Quanto aos hospitais, segue uma tendência anterior de redução de leitos privados e discreto aumento de públicos. No total, a oferta cai de 2,7 leitos por 1.000 habitantes em 2003 para 2,4 em 2005, o que pode estar explicando as dificuldades da população, inclusive possuidora de planos privados de saúde, de se internar. O Estado detinha, em 2005, 38,1% da oferta total de estabelecimentos com internação e 32% da oferta de leitos. 68% dos hospitais privados atendem também ao SUS, percentual maior nas regiões mais pobres. O setor que mais cresceu foi o dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica, tanto no setor público quanto no privado. Este setor se constitui em uma das pernas mais importantes do complexo médico-industrial-financeiro, na atualidade. É aí que se concentram os

interesses privados, que detêm 92,4% do total de estabelecimentos desse tipo.

Outro resultado da pesquisa do IBGE (2006) foi o aumento de 34,6% em relação a 2002 do número de terceirizações em estabelecimentos de saúde, embora estas ainda sejam pouco reportadas.

Quanto às empresas de planos de saúde, prossegue sua tendência à concentração já visualizada desde os anos 1980. Assim, em 2008, 38 empresas de planos privados de saúde detinham quase 50% do mercado em número de beneficiários. Em 2005 eram 55 (Baptista, 2009).

Dados qualitativos, ainda pouco consolidados, inclusive pela ausência de coleta sistemática, levam a crer que o processo de formação do capital financeiro, através da integração dos seguros com os serviços privados de saúde, tanto através de verticalização, ou seja, compra ou construção de serviços próprios, como de montagem de planos por empresas de serviços, se acelerou na década de 2000. Cadeias lucrativas continuam se formando e continua se destacando a área de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) na formação das cadeias, na concentração do capital e inclusive na incorporação de empresas nacionais por multinacionais. E, também, na substituição de serviços próprios em hospitais por contratos com empresas, inclusive em hospitais públicos e hospitais filantrópicos. Destaca-se, nesse sentido, o crescente envolvimento de fundos mútuos e fundos de pensão nos investimentos neste setor.

O segundo fenômeno se refere à privatização através de terceirização e concessão de serviços estatais a empresas privadas lucrativas e não lucrativas; entre esses, as inovações gerenciais do tipo Fundações Privadas de Direito Privado e Organizações Sociais. Estas têm como indutora a própria conjuntura da mundialização financeira e a mudança do papel do Estado dos anos 1990. Estado este que deve ser flexível para viabilizar o equilíbrio fiscal, pedra angular do neoliberalismo na gestão da economia. Nesse sentido, custos fixos em função de compromissos com serviços e funcionalismo próprio devem ser substituídos por formas de gestão privadas e transferência de custos para a sociedade. No Brasil, isso não é uma novidade, constando no Decreto-lei

n. 200/1966 o privilegiamento do Estado pela adoção de serviços privados e mecanismos indiretos de gestão (fundações, por exemplo) (Teixeira, 2010). Há algumas diferenças, entretanto, no que tange aos serviços de saúde, entre o padrão vigente nos anos de 1960 a 1980 e o atual. Naqueles, em sua forma hegemônica, o seguro social detinha o financiamento e a gestão das redes de serviços e se estabelecia uma relação de compra de serviços privados, através de contratos. Houve modelos alternativos, através dos chamados convênios-empresa em que a relação era com empresas médicas de pré-pagamento, antecipando os formatos mais recentes de privatização da gestão. Após 1990, os fundos públicos são constantemente ameaçados de serem passados para a gestão total do setor privado. Vários países latino-americanos assim o fizeram, como o Chile e a Colômbia (Almeida, 1999). Assim como, unidades e sistemas de saúde inteiros também são passados à gestão privada (Cohn e Elias, 1999).

Inserese esse fenômeno numa política neoliberal de flexibilização do Estado, de controle do gasto público pelos mecanismos da Lei de Responsabilidade Fiscal e de mudança de relações de trabalho que reduza conquistas trabalhistas do funcionalismo público. Cria, ainda, as bases institucionais para que essas unidades se insiram no mercado de planos privados de saúde, de forma segmentada, permitindo a existência de várias portas de entrada para a atenção à saúde, de acordo com as formas de financiamento da demanda.

Com isso, se consolida a estratégia de *corporatização*, que vem contando com incentivos do Estado, seja através do desfinanciamento público do setor saúde, ou de subsídios fiscais e convênios, como o convênio-empresa. Esta se firmou sobre uma base de capacidade instalada de serviços privados que se fez com pouco ou nenhum risco, nos anos 1960 e 1970 através financiamentos a juros subsidiados da Caixa Econômica Federal (Programa de Integração Social) e contratos com o seguro social. Na conjuntura atual, estão habilitados para assumirem a gestão do próprio sistema público, na ausência de resistências a implementação completa de uma agenda neoliberal na atenção à saúde.

O terceiro fenômeno que se torna mais visível nos anos 2000 é a participação do gasto privado no orçamento das famílias de mais baixa renda a despeito da cobertura formal tanto do SUS quanto de seguros privados de saúde. Nas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios/PNADs, foi a forma de financiamento de atenção à saúde que mais cresceu entre 2003 e 2008. Na pesquisa de 2008, dos atendimentos realizados nas duas últimas semanas anteriores à data de realização da entrevista, 56,5% deles foram financiados pelo SUS, 26,2% foram viabilizados através de seguros de saúde e em 18,7% dos casos houve pagamento para atendimento. Em 2003 foram observados, respectivamente, os seguintes resultados: 57,3%, 25,9% e 14,8% (IBGE, 2010). Embora o copagamento seja frequente nos contratos de planos privados de saúde, surgem relatos de copagamento no interior do SUS, nas localidades mais afastadas de centros metropolitanos e especialmente para SADTs (Andreazzi et al., 2010), que vimos estar, quase completamente, nas mãos do setor privado.

Assim, a trajetória *Comercialização informal de cuidados primários em países de baixa renda* não se faz só informalmente, sendo alimentada pelas restrições dos seguros privados de saúde, sua estrutural incapacidade de abranger populações mais pobres, a ineficiência do Estado em fiscalizar empresas irregulares e ilegalidades no âmbito do próprio SUS.

Pensando na terceira trajetória, a *globalização de mercados de insumos e trabalho no setor saúde*, se observa que o Estado, desde os anos 1930, é um importante indutor de um modelo de atenção à saúde, engendrado pelo complexo médico-industrial. Como exemplo, de acordo com estudo do IBGE (Andreazzi e Andreazzi, 2009) a dinâmica da distribuição da oferta de equipamentos de diagnóstico por imagem, que são um setor de ponta de inovação, no Brasil, no período de 1999 a 2005, foi fortemente influenciada pela política pública de investimento. A expansão do mercado de medicamentos, dominado por multinacionais, resulta numa situação de venda indiscriminada de medicamentos (eles chegam aos mercados antes dos médicos), de altos gastos da população, inclusive a mais pobre, com este item, e, nos dias atuais,

pelo subsídio ao consumo a custos cobrados pelo varejo (pelas farmácias). Há uma completa falta de regulação da importação de equipamentos biomédicos de alto custo, destinados, prioritariamente, porém não exclusivamente, à população coberta por planos de saúde.

Quanto aos médicos, embora a sua migração para os países dominantes, no país, não seja um fenômeno tão expressivo, se verifica sua migração interna, das periferias regionais e metropolitanas para as regiões mais ricas. Como resultado, em 2005, segundo o IBGE, havia 1 posto de trabalho para 1.200 a 1.500 habitantes em estados da Região Norte, ao passo que essa relação era de 1 para 330 no Distrito Federal. Em São Paulo, 32% dos médicos egressos de Programas de Residência Médica financiados pela Secretaria Estadual de Saúde entre 1990 e 2002 graduaram-se fora do Estado de São Paulo. Entre 1996 e 2005, os Estados de Mato Grosso, Alagoas, Paraíba, Roraima e Tocantins apresentaram, em média, 44% de fixação dos médicos ali graduados (Seixas, Correa, Moraes, 2006).

4. O mosaico e a heterogênea formação econômico-social

Não é peculiar ao setor saúde a existência de desigualdades marcantes no interior da formação econômico-social brasileira, seja no perfil de saúde, seja na oferta de serviços. Analisando especificamente a saúde, existem trabalhos procurando associar o problema com a totalidade, nem sempre de mesma forma, porém abrindo um campo de reflexão atualmente pouco utilizado para entender a realidade do país, para a pobreza do debate.

Pioneiro nesse sentido foi o trabalho de Possas (1989), bastante assentado em pensadores influenciados pela teoria da dependência. Ela se refere à heterogeneidade estrutural como característica da sociedade brasileira que se industrializa através da substituição de importações. E a incapacidade do progresso técnico se estender ao conjunto da população, onde é enfatizada a tecnologia empregada na fase que se instala a industrialização intensiva (década de 1950),

em que já teria havido a incorporação de tecnologia poupadora de trabalho.

Sabroza (2001), nos anos 2000, identifica o aprofundamento dessa característica na conjuntura da globalização, criando o que denomina um circuito superior, integrado à economia global, e um circuito inferior, com base produtiva defasada e economia largamente informal. Isso não é fenômeno tupiniquim; ocorre largamente em países de formação econômico-social similar, ou seja, naqueles onde o capitalismo foi implantado por indução e em associação com o capital multinacional, na época do imperialismo. Neste caso, se faz imperiosa a exportação de capitais, dada a capacidade de acumulação alcançada pelas empresas dos países dominantes *versus* a demanda limitada nacionalmente. O desenvolvimento do capitalismo nessas formações, associado às velhas classes latifundiárias, não abole as relações de produção não capitalistas (embora as possa modificar). Não desenvolve, ainda, mercado interno de massa para a produção industrial, contando com os mecanismos das revoluções burguesas clássicas de redistribuição da terra e criação de um campesinato com capacidade de se inserir no mercado de consumo industrial. Ao contrário, acentua-se a concentração da terra e posteriormente a capitalização de parte da terra pela monocultura exportadora, todas incapazes de democratizar a riqueza e criar mercados de trabalho formais expressivos no campo (Sodré, 1962). Como consequência, parte expressiva da população permanece em relações de produção não capitalistas, inclusive semifeudais, como a servidão por dívida, ou então formas de trabalho temporários (os boias-frias) todas sofrendo uma super-exploração e com baixa capacidade de consumo.

No campo da indústria, se observa que muitas empresas já surgem internamente como oligopólios, seja porque são multinacionais pouco permeáveis à contestabilidade das frágeis empresas locais ou empresas induzidas pelo Estado. Agravam as tendências de concentração de renda e riqueza já tradicionais no país, embora logrem criar um mercado de trabalho e consumo também concentrado. Porém, em termos comparativos internacionais, até expressivo dado a população do país.

Como exemplo, o Brasil é o segundo mercado mundial de seguros privados de saúde, perdendo apenas para os Estados Unidos da América; também como este último, baseado em financiamento coletivo pelas empresas, que se beneficiam da sua situação oligopolista para transferir para toda a sociedade os custos dos planos, contando ainda com subsídios diretos (renúncia fiscal através do Imposto de Renda).

Assim, o modelo de capitalismo que se implanta no país permite a existência de setores econômicos com ganhos diferenciados em relações aos demais por sua situação de domínio oligopolista de ramos da produção. Criam-se, portanto, as bases econômicas de sustentação do modelo fragmentado e desigual de acesso a serviços de saúde existente.

5. O mosaico e a luta de classes: o movimento sindical hegemônico

Há razoável entendimento de que o modelo de proteção social brasileiro, inclusive de saúde, também se caracteriza por notável fragmentação, cujas origens últimas no tipo de capitalismo aqui implantado já foram mencionadas e que constituem e reforçam o mosaico público-privado.

Aureliano e Draibe (1989), por exemplo, o caracterizam como de tipo meritocrático-particularista, associado às políticas corporativistas de Vargas, nos anos de 1930 a 1960. Direções políticas com uma visão mais ampla dos interesses de classe, entretanto, tentaram e, em parte, modificaram esse traço de origem. Em alguns momentos posteriores, como em 1960, o movimento sindical logrou vitórias quanto a políticas unificadas, voltadas, ainda, para os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, que eram minoria, na época, quando da votação da unificação da previdência social urbana.

Nos anos 1970, auge da privatização da saúde previdenciária através de convênios-empresa, parcela do movimento sindical denunciava esses convênios identificando neles a intensificação do controle da mão-de-obra e a manutenção da produtividade, numa estratégia

de enfrentamento do absenteísmo e de seleção de trabalhadores mais hígidos. Vários sindicatos se incorporaram, no final dos anos 1980, na luta pela constituição de um sistema público ampliado e de qualidade (Andreazzi, 2002).

Boito Jr. (2003) nos alerta, entretanto, sobre a existência de uma fração especial da classe operária que, do ponto de vista político, que se organizaria em novo corporativismo operário, núcleo duro de um novo sindicalismo. Ela seria uma significativa base de apoio a políticas neoliberais, constituída de uma parte dos trabalhadores assalariados que usufrui condições de trabalho e de remuneração superiores aos da grande massa operária e popular. Constituiria essa fração operários de montadoras de veículos e de outras grandes empresas multinacionais, petroleiros, bancários de grandes bancos privados e estatais e alguns outros setores.

De fato, existe uma diferenciação importante entre as empresas de base oligopolista, em geral associadas ao capital externo ou estatal, e as pequenas e médias empresas nacionais, no que se relaciona a capacidade financeira e interesse de financiar coberturas de saúde adicionais ao Estado (Pina, Castro e Andreazzi, 2006). Esses autores referem que, a partir dos anos 1990, o processo de reestruturação produtiva consequente à inserção nacional na economia mundializada, além de recrudescer a superexploração da força de trabalho, pode ter acentuado a enorme diferenciação quanto ao acesso e aos padrões de qualidade dos serviços médico-hospitalares fornecidos pelas empresas aos trabalhadores. Pode-se ver parte deste processo na PNAD, 2008 (IBGE, 2010), em que o financiamento de planos de saúde pela empresa era muito maior para trabalhadores empregados no segmento indústria do que comércio e reparação.

Entretanto, até os anos 1980, o discurso daquela fração operária privilegiada e, inclusive, algumas lutas, apontavam na direção de políticas de saúde públicas e universais.

A conjuntura da luta de classes que viabilizou o fim da ditadura militar permitiu que se criassem condições políticas para uma ampla revisão do quadro institucional do país, incluindo-se aí a implemen-

tação de políticas sociais abrangentes, inclusive universais, como foi o caso da legislação de saúde na Constituição de 1988. Isso durou pouco. Os anos 1990 e 2000 presenciaram outras condições políticas que permitiram a adoção pelo país do receituário neoliberal. Por um lado, parte das classes dirigentes, que antes aceitaram modelos de políticas sociais assemelhadas àquelas desenvolvidas por alguns países capitalistas europeus no pós-guerra, até para prevenir transformações mais radicais no país, dada a situação anterior de mobilização popular, se submetem às novas exigências do imperialismo, que não coadunavam com a expansão do Estado. Por outro, e ainda de forma mais grave, lideranças políticas de origem em classes dominadas passam cada vez mais a adotar as políticas do imperialismo, mesmo com nova roupagem.

Dois fatos exemplificam essa passagem. No campo de uma parcela expressiva do movimento sindical, especialmente no associado à Central Única dos Trabalhadores, a crescente luta pela inclusão de seguros privados de saúde nos contratos coletivos e a perda da perspectiva de luta por políticas sociais abrangentes, ainda que esta tenha persistido na formalidade do discurso. No campo político, a expressão dessa perspectiva político-ideológica, é identificada pela declaração do candidato a presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, em programa final de campanha (2002), que o Sistema Único de Saúde é “para aqueles que não tinham planos de saúde”. Esta perspectiva é confirmada também pela visão do atual Ministro da Saúde, em reunião do Conselho Nacional de Saúde de junho de 2011, de que o SUS era para os pobres (depois corrigido para preferencialmente).

Quanto ao primeiro aspecto, Lacaz (1996) assinala que nos anos 1990 em relação ao final dos anos 1970 teria havido uma mudança de orientação de parcela significativa do movimento sindical, ao passar de uma posição de confronto com o capital para outra que implique certa conciliação. Também Pina, Castro e Andreatzi (2006) assinalam que a trajetória da CUT nesse período tem sido marcada por ambiguidades. Promoveu manifestações contrárias à privatização das empresas estatais e à flexibilização dos direitos trabalhistas, mas assimilou, em parte, propostas restritivas aos direitos dos trabalhadores, como

no caso da reforma da previdência social e dos acordos para a implantação de banco de horas. Mais recentemente, promoveu uma redefinição da posição sindical acerca do papel do Estado aos serviços sociais, inclusive com a emergência, nos últimos anos, de um setor sindical que estabelece vínculos ideológicos com os planos de saúde e a previdência complementar.

No caso da orientação política do atual governo, Bravo (2007) corretamente assinala que a política macroeconômica (liberal) do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estariam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. E, ainda, que a concepção de seguridade social não foi valorizada. Para autora, não obstante algumas ações que reforçariam a construção do projeto universalista, ressaltaria aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 1990, como a ênfase na focalização, na precarização e na terceirização dos recursos humanos. Também Marques e Mendes (2007) consideram que o não comprometimento com ampliação adequada do financiamento do SUS seria o principal instrumento de manutenção da focalização; em outras palavras, da concepção liberal da saúde estatal complementar ao mercado.

Encontram-se, já no final dos anos 2000, análises que utilizam a categoria transformismo para explicar essa passagem de posições reformistas — entendidas como apoiadoras de reformas democráticas da política de saúde para posições conservadoras, que coadunam com o liberalismo econômico dominante. Nesses termos, Teixeira (2010) e também Paim (2008) comentam o *transformismo* de segmentos da esquerda, inclusive de lideranças sindicais e partidárias, que desorganizaram as classes populares. Tal categoria, largamente utilizada por Gramsci, refletiria um fenômeno de incorporação, selecionada pelas elites, de grupos e de indivíduos em posição subordinada (Vianna, 1996).

A categoria revisionismo também pode ser utilizada para explicar esse processo, pois, mais do que identificar a absorção de lideranças e grupos políticos inteiros do interior das classes dominadas, incorporando-se às elites dominantes, apresenta um processo mais nefasto. Pois, aparentemente oriundo das próprias classes dominadas, propõe

rever e retirar os aspectos essenciais e transformadores das concepções teóricas que orientam a luta.

Lênin (1908) o utiliza para caracterizar correntes políticas hostis ao marxismo em seu próprio seio. Ainda, de acordo com o autor, no campo da política, o revisionismo tentou rever o que constitui realmente a base do marxismo, ou seja, a teoria da luta de classes, conforme se vê em fragmento do texto mencionado (Lênin, 1908):

Determinar o comportamento de um caso para outro, adaptar-se aos acontecimentos do dia, às mudanças dos detalhes políticos, esquecer os interesses fundamentais do proletariado e os traços fundamentais de todo regime capitalista, de toda a evolução do capitalismo, sacrificar estes interesses fundamentais no altar das vantagens reais ou supostas do momento: essa é a política revisionista.

A essência do revisionismo consiste em introduzir a ideologia burguesa no movimento operário, em adaptar o marxismo aos interesses da burguesia, em extirpar dele o espírito revolucionário. A base social do revisionismo é formada pela pequena burguesia que se vai incorporando à classe operária, assim como pela camada alta do proletariado — a denominada aristocracia operária — sustentada pelo imperialismo. Assim, para Boito Jr. (2003), um dos núcleos importantes do Governo Lula, o sindicalismo do ABC, desde a década de 1970 *apresentava uma concepção economicista e corporativa da ação sindical*. “Economicista, na medida em que recusava a ação política dos trabalhadores e corporativista, caracterizado pelo insulamento de um pequeno setor das classes trabalhadoras no terreno da organização e da luta política ou sindical — o egoísmo de fração, do qual falava Gramsci” (p. 7).

Mais do que uma opção individual ou uma cultura de diferenciação da grande massa empobrecida da população, por parte das frações mais privilegiadas da classe operária, o que se pode perceber é uma conjugação de interesses empresariais de controle da força de trabalho, estratégias de sobrevivência de classe, revisionismo por parte de lideranças, associado à priorização de estratégias assistencialistas; não sem

possibilidades de conjugação de interesses imediatos de renda entre quem compra e quem vende planos privados de saúde, que explicariam a trajetória da *corporatização e segmentação nos cuidados hospitalares para população de renda média no país*.

A conjuntura neoliberal potencializa a corporatização do mercado privado de seguros e serviços de saúde, sob uma base anterior criada pelo próprio Estado, de utilizar prioritariamente o setor privado como executor das políticas de atenção à saúde.

A focalização das políticas de Estado não alcança, de fato, os chamados pobres, populações subproletárias e campesinato, de forma integral. Cresce a trajetória *Comercialização informal de cuidados primários em países de baixa renda*, agravada pela transformação acentuada do Estado em butim das classes dominantes e no seu uso eleitoral.

E mantém-se o país como campo privilegiado de expansão do mercado de medicamentos e equipamentos, seja pelos planos de saúde, seja pelo Estado. A oferta heterogênea de serviços é agravada pela concentração dos médicos nos centros mais ricos do país.

6. Relações de produção no setor saúde: a nova burguesia criada pelo Estado

Vimos, em seção anterior, que as relações de produção no setor saúde brasileiro atual são caracterizadas pelo avanço do grande capital, seja através das filiais das multinacionais de medicamentos que dominam o mercado, seja através das grandes empresas de seguros de saúde. Mesmo o mercado de serviços de saúde, tradicionalmente formado pelo pequeno capital e filantrópico, tem se transformado agudamente. Há uma nova fração, entretanto, ainda pouco estudada, e entendida pelos seus impulsionadores como terceiro setor (Martins, 1998). A seguir, de forma preliminar, se discutirá algumas hipóteses acerca da sua trajetória.

Há pouco conhecimento científico sobre a origem e desenvolvimento da burguesia e demais dirigentes das empresas e organizações

privadas de saúde, especialmente aquelas de cunho não lucrativo, formadas a partir das terceirizações da prestação de serviços estatais. No modelo caritativo-religioso anterior, o estímulo do Estado ao financiamento privado da saúde era mais por omissão, contando com a mediação de organismos da sociedade civil, sendo estes importantes aparelhos ideológicos do Estado feudal (a Igreja). As de cunho não lucrativo atual, ao contrário, têm sido formadas diretamente por indução do Estado. Não surgiram pelas livres forças do mercado embora possam se alavancar com recursos públicos para também disputar nesse terreno. Seus dirigentes não respondem à necessidade de imposição da ordem no campo ideológico, como no caso anterior. Respondem aos objetivos colocados de uma pretensa gestão profissional do Estado à semelhança da empresa privada lucrativa. Podem ser assemelhados, portanto, a uma burguesia, pois detêm o controle de meios de produção e de extração de mais-valia para sua aplicação de acordo com objetivos de acumulação, mesmo não tendo propriedade jurídica sobre os mesmos.

Agregando-se a esse fato, a amplamente conhecida questão da formação do empresariado lucrativo da saúde brasileiro, atrelada a financiamento do Estado, confirma a centralidade deste último na conformação do padrão de integração público-privada no país a partir da segunda metade do século XX.

Alguns autores como Martín (2007) e, de forma, menos elaborada, Guevara (2000), utilizam o termo capitalismo burocrático para designar uma forma de capitalismo unido ao Estado, ao imperialismo, aos proprietários fundiários e à grande burguesia; portanto não é o capitalismo clássico do desenvolvimento europeu — é norte-americano, sendo, ainda, precocemente monopolista. Mesmo através da criação de empresas estatais ou fortemente induzidas pelo Estado, na verdade não seria o interesse nacional (e público) o motivo de ser dessas instituições. E, sim, a operação da dominação — a viabilização dos interesses imperialistas, suas empresas associadas com representantes nascidos no país, e a criação de rendas para a burocracia indutora. Pereira (1998) também usa esse termo, mas num contexto diferente designando formas de

capitalismo com forte controle e indução por parte do Estado. Posições díspares, que, porém assinalam uma questão empírica fundamental, qual seja, a participação efetiva do Estado como criador do mercado e a necessidade de entender, nos países dominados, o papel do Estado como articulador do desenvolvimento capitalista, associado ao imperialismo, para os primeiros autores. Para a análise desse processo, não seria adequado pensar em uma pretensa dualidade Estado — mercado, pois seria necessário considerar a função social desses capitais no conjunto do processo econômico. O que necessariamente implica levar em conta o caráter do Estado, ou seja, a que classes e frações de classes servem. Isso é bastante válido para o caso da saúde em questão.

Justifica-se essa preocupação, pois, ao contrário do que propagandeiavam os idealizadores dessas reformas, pretensamente gerenciais, poderia estar se fomentando capital burocrático e não instituições não lucrativas de interesse social. Sua permeabilidade ao controle democrático é semelhante a das empresas privadas no geral, ou seja, nenhuma. Integra o complexo médico-industrial-financeiro da saúde, através de inúmeras teias que associam a dinâmica das corporações industriais aos ganhos dos serviços de saúde com impactos sobre custos, acesso, qualidade e ética profissional (Andreazzi e Kornis, 2008). Se essas teias também possam existir em unidades diretamente geridas pelo Estado, nestas as brechas para seu questionamento, tanto através dos trabalhadores, não submetidos à lógica, mais controladora, da gestão privada, quanto da população usuária, são maiores.

7. Impactos e desafios atuais

A expansão da privatização com a consolidação do grande capital na área de serviços de saúde não significaram a extensão de plenas relações capitalistas ao conjunto do setor. A ausência de contrato formalizado de trabalho é a tônica em muitos setores onde formas de extração de renda através, por exemplo, da exploração de profissionais de saúde sob o monopólio de credenciamento junto a seguros de saúde

de, vem ocorrendo em múltiplos exemplos. Isso, além da flexibilização do trabalho público sob a forma de inúmeros contratos precários: bolsas, contratos temporários, pró-labore, entre outros (March, s/d). Tampouco significou a abolição de diversas formas de oferta informal de cuidados à saúde. Dadas a heterogeneidade e superposição da distribuição social e localização geográfica desses arranjos, se cria a configuração em mosaico permanente transformados pela dinâmica do capital e pela luta de classes.

Essa diversificação das interfaces público-privadas traz novos impactos sobre o acesso da população à atenção de saúde e novos desafios para as políticas públicas. O excesso de oferta privada, principalmente de tecnologias de alto custo, aumenta o custo da atenção e não facilita o acesso para o usuário do SUS. Em Macaé/RJ, ano de 2006, com oferta de ressonância magnética nuclear mais de dez vezes superior ao parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde (Portaria n. 1.101, de 2000) os usuários do SUS eram encaminhados a um prestador em Campos dos Goytacases, município à 100 Km do local de estudo (Rodrigues, 2008). A terceirização dos serviços de saúde do Estado cria um mercado que pode ser de interesse das empresas médicas já estabelecidas. Isso se vê hoje no segmento de laboratórios de análises clínicas onde, no Rio de Janeiro, as unidades públicas têm desmantelado seus serviços próprios e os grandes laboratórios que trabalhavam para os seguros privados de saúde passam a ser terceirizados do Estado.

A terceirização da prestação e da gestão das unidades pode avançar para a terceirização da gestão financeira, a semelhança do que ocorre na Colômbia, onde os usuários podem optar pela inclusão no sistema de seguro público ou privado levando com ele subsídios do Estado. Potencialidades econômicas e dispositivos político-ideológicos não faltam para estes novos e renovados interesses privados no sistema de saúde brasileiro representarem o mesmo pernicioso papel que representam nos Estados Unidos, país de maior gasto *per capita* do mundo, sem correspondência em melhores indicadores de saúde. E, onde essa indústria se localiza entre os maiores doadores de campanhas eleitorais, conspurcando a vontade da maioria que, há muito tempo,

clama por uma reforma democrática na saúde muito mais avançada do que o arremedo de compromisso (Navarro, 2009), finalmente efetuado por Barack Obama em 2010.

Dadas as contradições da privatização — custos altos, iniquidade, acesso, má qualidade, deterioração das relações entre os profissionais de saúde e os usuários — nada faz crer que as bases sociais acaso paralisadas pelo revisionismo das direções dos movimentos sociais e partidos políticos, que representam um segmento econômica e politicamente importante das classes subalternas no país, possam se unir aos setores mais prejudicados — que se constituem a maioria da população, no sentido da transformação das bases mercantilisto-burocráticas e portanto, profundamente antidemocráticas da política de saúde brasileira.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro, ANS, mar. 2010.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line], v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999. <doi:10.1590/S1413-81231999000200004>.

ALTHUSSER, L. *Sobre a reprodução*. Petrópolis: Vozes, 1998.

ANDREAZZI, M. A. R.; ANDREAZZI, M. F. S. Escassez e fartura: distribuição da oferta de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil. In: Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil. *Estudos e pesquisas*. 1. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. v. 25, p. 108-133.

ANDREAZZI, M. F. S. *Teias e tramas: relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro nos anos 90*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

_____; KORNIS, G. E. M. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line], v. 13, n. 5, p. 1409-1420, 2008 [cited 2010-04-24]. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500007&lng=en&nrm=iso>.

_____. ANDREAZZI, M. A. R.; BAPTISTA, L.; PIMENTA, E. S. Copagamentos no sistema público brasileiro: anomalia ou tendência? *Serviço Social & Sociedade*, v. 105, p. 100-120, 2011.

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: MPAS/CEPAL. *A política social em tempos de crise*. Brasília, 1989. v. 1, p. 86-178.

BAPTISTA, D. A. *O mercado de planos de saúde do Brasil nos anos 2000 e os dilemas do cooperativismo médico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

BOITO JR., A. A hegemonia neoliberal no governo Lula. *Crítica Marxista*, São Paulo, p. 1-25, 2003.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: _____ et al. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Opas, OMS, 2007. p. 1-24.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez, 1999.

FRENK, J.; DONABEDIAN, A. State intervention in medical care: types, trends and Variables. *Health Policy and Planning*, v. 2, n. 1, p. 17-31, 1987.

GUEVARA, E. *Passagens da guerra revolucionária: Congo*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2000.

HILFERDING, R. [1973]. *El capital financiero*. Madrid: Editorial Tecnos, 1909.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2005. Rio de Janeiro, 2006.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese (Doutorado) — Unicamp, Campinas, 1996.

LÊNIN, V. I. *Marxismo e revisionismo*, 1908. Disponível em: <http://ciml.250x.com/archive/lenin/portuguese/lenin_16_april_1908_portuguese.html>. Acesso em: 18 abr. 2010.

MACKINTOSH, M.; KOISUVALO, M. Health systems and commercialization: in search of a good sense. In: _____ (Orgs.). *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. London: The New Palgrave, 2005.

MARCH, C. *A contra-reforma do Estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira*. Disponível em: <<http://www.alames.org/documentos/EJE02-72.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Katálisis*, Florianópolis, v. 10 n. 1, p. 15-26, jan./jun. 2007.

MARTÍN M., V. O. *El papel del campesinato en la transformación del mundo actual*. Valencia: Baladre, 2007.

MARTINS, H. F. Em busca de uma teoria da burocracia pública não estatal: política e administração no terceiro setor. *RAC*, v. 2, n. 3, p. 109-128, set./dez. 1998.

NAVARRO, V. *Why Obama needed single payer on the table. Obama's mistakes in health care reform*, maio 2009. Disponível em: <http://www.counterpunch.org/navarro09072009.html>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

_____; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. Avaliação dos gastos das famílias com assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. In: SILVEIRA, F. G. et al. *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007. v. 1, p. 161-196.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPS). *Saúde nas Américas* 2007. Brasília: OPS, 2008.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis* [on-line], v. 18, n. 4, 2008, p. 625-644 [cited 2010-04-18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400003&lng=en&nrm=iso>.

PEREIRA, L. C. B. *Reforma do estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Enap/Editora 34, 1998.

PINA, CASTRO, H.; ANDREAZZI, M. F. S. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, p. 837-846, 2006.

POSSAS, C. A. *Epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Hucitec, 1989.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 26-42.

RODRIGUES, R. M. *Análise do mercado privado de diagnóstico por imagem do município de Macaé e suas inter-relações com o processo regulatório local*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

SABROZA, P. Conceções sobre saúde e doença. In: Curso de especialização em autogestão em saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, 2001.

SALMON, J. W. Profit and health care: trends in corporatization and proprietization. *International Journal of Health Services Issue*, v. 15, n. 3, p. 395-418, 1985.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line], v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SEIXAS, P. H. D.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. *Migração médica no Brasil: tendências e motivações*. São Paulo: ObservarHSP, 2006.

SODRÉ, N. W. *Formação histórica do Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1962.

TEIXEIRA, M. J. O. *A política nacional de saúde na contemporaneidade: as fundações estatais de direito privado como estratégia de direcionamento do fundo público*. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Faculdade de Serviço Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

VIANNA, L. W. Caminhos e descaminhos da revolução passiva à brasileira. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300004&lng=en&nrn=iso>. Acesso em: 18 abr. 2010.

WORLD BANK. *World Health Indicators*. Washington, DC: The World Bank, 2006.