



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**LUNA FURRIEL ASSUMPÇÃO**

**OS IMPACTOS DA OFENSIVA NEOLIBERAL**  
**NA POLÍTICA DE SAÚDE:**  
**A DIMENSÃO POLÍTICA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

Rio de Janeiro  
2015

**LUNA FURRIEL ASSUMPÇÃO**

**OS IMPACTOS DA OFENSIVA NEOLIBERAL  
NA POLÍTICA DE SAÚDE:  
A DIMENSÃO POLÍTICA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da professora doutora Cleusa Santos.

Rio de Janeiro  
2015

## AUTORIZAÇÃO

Eu, Luna Furriel Assumpção, DRE 107379964, autorizo a Escola de Serviço Social da UFRJ a divulgar total ou parcialmente o presente Trabalho Conclusão de Curso através de meios eletrônicos e em consonância com a orientação geral do SIBI.

Rio de Janeiro,..... de ..... de 2015

---

Assinatura

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a todos os meus amores, familiares, amigos e queridos.

A todos os que me habitam.

Aos encontros que passaram por mim, deixando e levando um tanto, e hoje me compõem.

À vida.

A todas as existências que cruzaram meus dias durante o longo processo de escrita deste trabalho.

À minha orientadora, professora doutora Cleusa Santos, por toda atenção e cuidado. E pela enorme disponibilidade em caminhar lado a lado durante essa jornada.

Às professoras doutoras Alejandra Pastorini e Ana Izabel Pelegrino por terem se disponibilizado tão atenciosamente para compor a banca examinadora de apresentação e defesa do meu TCC.

A tudo o que me inspira e me desperta o desejo de permanecer na luta por uma sociedade onde todos sejam livres e iguais.

Gratidão a tudo o que me faz Ser!

Isso de querer ser exatamente aquilo que a gente é

ainda vai nos levar além.

*Paulo Leminski*

## RESUMO

ASSUMPÇÃO, Luna Furriel. **OS IMPACTOS DA OFENSIVA NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: a dimensão política do direito à saúde no Brasil**. 2014. 92f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2014.

Este trabalho teve como objetivo realçar o debate teórico e político sobre a universalização do direito à saúde e a consequente despolitização dos conflitos sociais - em face da regressão dos direitos a partir dos anos 1990. Trabalhou-se com a hipótese de que os mecanismos de regulação da questão social vêm sendo apresentados como alternativas técnicas, portanto, burocráticas para resolver o problema da saúde no Brasil, desencadeando, como consequência, um processo de despolitização e criminalização das lutas sociais. Para alcançar esse objetivo, foi realizada uma reflexão sobre a origem das políticas públicas, de forma a saber como suas questões eram tratadas antes de serem reconhecidas como políticas, como foram conquistadas e estabelecidas dentro do Estado, e qual seu percurso até os dias de hoje; procedeu-se a um resgate do processo de constituição histórica da política de saúde pública no Estado brasileiro, ressaltando sua articulação com o Movimento da Reforma Sanitária, assim como abordando as questões atuais sobre a saúde pública brasileira frente ao Estado neoliberal. Como metodologia, adotou-se uma aproximação teórica com os autores que abordam a política de saúde no Brasil, visando a resgatar sua origem e funções sociopolíticas, além de apreender os impactos das orientações neoliberais sobre o caráter filantrópico que as políticas sociais, voltadas para o atendimento da população, assumiram a partir dos anos 1990.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Estado. Políticas Sociais. Questão Social. Direitos Sociais.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADUFF	Associação de Docentes da Universidade Federal Fluminense
AIS	Ações Integradas de Saúde
BM	Banco Mundial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CC	Conselho Consultivo
CCS	Conselho Comunitário de Saúde
CGU	Conselho Gestor de Unidades
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CN	Congresso Nacional
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPS	Conselho Popular de Saúde
DNT	Departamento Nacional do Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
FE	Fundação Estatal
FMI	Fundo Monetário Internacional
HUF	Hospital Universitário Federal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ONG	Organização Não Governamental
OPS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
RJU	Regime Jurídico Único
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>1 As políticas sociais e a sociedade capitalista.....</b>	<b>13</b>
1.1 Um breve histórico das políticas sociais no Brasil.....	14
1.1.1 A Revolução Burguesa e o surgimento das primeiras políticas sociais: ferramenta de controle popular e conquista dos cidadãos.....	14
1.1.2 O Estado de Bem-Estar Social e suas ações políticas.....	19
1.2 As funções sociopolíticas das políticas sociais.....	23
1.3 As políticas sociais e o Estado Neoliberal.....	26
1.4 A despolitização dos conflitos sociais e da questão social.....	31
<b>2 A política de saúde brasileira.....</b>	<b>49</b>
2.1 A construção da política de saúde no Brasil.....	49
2.2 Saúde pública: uma visão crítica e ampla.....	55
2.3 A subversão da universalidade na saúde.....	58
2.4 A ofensiva neoliberal e os desdobramentos para o princípio da universalidade na saúde.....	61
2.5 As contribuições do Serviço Social para a saúde pública no Brasil e os desafios da atualidade.....	73
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>82</b>
<b>Referências.....</b>	<b>85</b>



## INTRODUÇÃO

A produção deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é fruto do grande desejo de compreender e problematizar a sociedade brasileira e sua processualidade histórica.

A partir da compreensão de que os aspectos históricos, sociais e políticos da nossa sociedade interferem diretamente na formação e na constituição de cada homem e mulher que nela vivem assim como nas possibilidades de vida de cada um, recorremos a Marx que, no Prefácio de *Uma Contribuição para a Crítica da Economia Política* (1859)<sup>1</sup>, nos ensina que “não é a consciência do homem que determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência”. Isto quer dizer que, para nós, o investimento, por parte do Estado, nas melhorias de condições de vida dos sujeitos é condição imprescindível para que estes possam exercer livremente sua cidadania, para que sejam sujeitos autônomos e conscientes do processo de luta de classes em que todos estão inseridos, numa busca por uma sociedade igualitária, sem classes.

Com tal compreensão, elegemos como objeto de estudo a política de saúde brasileira, a partir dos anos 1980. Interessa-nos realçar o debate teórico e político sobre a universalização do direito à saúde e a consequente despolitização dos conflitos sociais – em face da regressão dos direitos a partir dos anos 1990.

---

<sup>1</sup> Acervo digital do Grupo de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil", da Faculdade de Educação da UNICAMP (*Obras de Marx e Engels*). Disponível em: <[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer\\_fontes/acer\\_marx/tme\\_15.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/tme_15.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

Para alcançar este objetivo realizou-se uma aproximação teórica com os autores que abordam a política de saúde no Brasil, visando resgatar sua origem e funções sociopolíticas, além de apreender os impactos das orientações neoliberais sobre o caráter filantrópico que as políticas sociais, voltadas para o atendimento da população assumiram a partir dos anos 1990. Isto exigiu resgatar os mecanismos de regulação implementados, pois conforme mostrou Yazbek (2001), tais mecanismos definem uma visível *filantropia revisitada* que transformam tais direitos em favores.

Portanto, nossa hipótese é de que os mecanismos de regulação da questão social, por meio do fortalecimento da abertura do mercado de planos e seguros de saúde, de novas formas de privatização da rede pública de serviços – Organizações Sociais (OSs); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs); Fundações Estatais de Direito Privado; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; parcerias público-privadas; e os convênios e contratação de serviços da rede privada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) –, vêm sendo apresentados como alternativas técnicas, portanto, burocráticas para resolver o problema da saúde no Brasil. Como consequência, desencadeia-se um processo de despolitização e criminalização das lutas sociais.

Aprendemos com Marx e Engels, em seu *Manifesto do Partido Comunista*<sup>2</sup>, que, na medida em que a história se modifica, todas as relações sociais históricas se modificarão, apontando como maior determinante dessas mudanças sociais os fatos materiais econômicos.

---

<sup>2</sup> Acervo digital do Grupo de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil", da Faculdade de Educação da UNICAMP (Obras de Marx e Engels). Disponível em: <[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer\\_fontes/acer\\_marx/tme\\_07.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/tme_07.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

Com esses objetivos, apresentaremos, no capítulo 1, uma reflexão sobre a origem das políticas públicas, de forma a sabermos como suas questões eram tratadas antes de serem reconhecidas como políticas, como foram conquistadas e estabelecidas dentro do Estado, e qual o seu percurso até os dias de hoje. Para isso, faremos um retrospecto histórico da sociedade brasileira, do final do século XIX até o século XXI.

No capítulo 2, registramos um resgate do processo de constituição histórica da política de saúde pública no Estado brasileiro, ressaltando sua articulação com o Movimento da Reforma Sanitária, assim como abordaremos as questões atuais sobre a saúde pública brasileira em face do Estado neoliberal. Com apoio nas análises de autores como Bhering e Boschetti (2006), Bravo (1999; 2011), Braz e Netto (2007), Faleiros (1991; 1995; 2000), Fernandes (2005), Fiori (1996; 1997), Granemann (2007; 2012), Iamamoto (1998), Ianni (1979; 1998), Masson (2007), Netto (1991; 1996; 1998), Paim (1997), Pastorini (1997), Santos (1979), Santos (2007), Sposati (1987) e Yazbek (2001), pudemos perceber a diluição do conteúdo político das demandas sociais por direitos à saúde em questões de caráter técnico, resultando em uma despolitização dos direitos dos trabalhadores à saúde.

A sistematização dessas reflexões permitiu-nos construir os alicerces para problematizar a estrutura do sistema de saúde no Brasil e a mercantilização de seus serviços. Tal exercício evidenciou a necessidade de aprofundar nossos conhecimentos sobre as ações do Estado. Concluímos que tais ações têm uma dimensão política e que são geridas a partir de determinadas forças sociais. Por isso, é imprescindível a consciência da natureza política dessas funções, uma vez que se constata a existência de mecanismos de fiscalização e participação da gestão da

saúde pública, no Brasil, de forma que ela venha a atender à necessidade da população brasileira.

## 1 AS POLÍTICAS SOCIAIS E A SOCIEDADE CAPITALISTA

Neste capítulo, recuperamos o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil para compreender sua função social e política, a partir da análise crítica da política de saúde no Brasil, identificando as incidências sobre ela da política neoliberal. Para alcançarmos tal objetivo utilizamos autores como Netto (1991; 1996; 1998; 2011), Ianni (1979; 1992), Fernandes (2005), Faleiros (1991; 1995; 2000), dentre outros, acreditando que a interlocução desses/com esses autores enriqueceria o nosso trabalho e traria fundamentos consistentes para a realização do debate em questão.

Inicialmente recorreremos ao estudo de Faleiros (2000) para quem as políticas sociais do Estado não são instrumentos de realização de um bem-estar abstrato, como insistem em apresentá-las os representantes das classes dominantes. Elas são os instrumentos que contribuem para obscurecer a exploração da classe operária. Assim, segundo o autor, é necessário pensá-las dentro de um Estado que se constrói em meio à relação de forças.

## 1.1 UM BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

As políticas sociais brasileiras surgiram no início do século XX, configurando um tipo de proteção social que só foi alterada com a Constituição Federal de 1988, ela não trazia consigo a dimensão de direitos sociais, era desenvolvida como uma alternativa paliativa para minimizar o estado de extrema vulnerabilidade que alguns grupos se encontravam.

### 1.1.1 A Revolução Burguesa e o surgimento das primeiras políticas sociais: ferramenta de controle popular e conquista dos cidadãos.

Segundo Ianni (1992), o Brasil sempre se desenvolveu e modernizou de forma desigual e atrasada. Ele argumenta que a característica fundamental da sociedade brasileira é seu profundo dualismo: ao mesmo tempo em que se insere na era da modernidade, carrega em suas entranhas fortes traços do passado como, por exemplo, o escravismo e o absolutismo (IANNI, 1992; FERNANDES, 1975). Essa particularidade, conhecida como modernização conservadora, definiria suas relações com o restante do mundo e internamente, até hoje.

Para tentar acompanhar a modernização que acontecia em outros países e diminuir o atraso histórico que vivia o Brasil, em 1888/89 decreta-se a abolição da escravatura e proclama-se a República. De acordo com Ianni (1992), o país passa a privilegiar a imigração de mão de obra para a lavoura e o branqueamento da população, trazendo, para o território nacional, muitos europeus. Com todo esse contingente de estrangeiros entrando no país, surgem, também, ideias de cunho

socialista, anarquista, sindicalista e outras. Ocorre um grande crescimento dos movimentos sociais, ganhando força a mobilização e a organização da classe operária. Agora, trabalhadores organizados passam a lutar pela garantia de seus direitos, dentre eles melhores condições de vida e trabalho. Dessa forma, ocorriam mudanças na sociedade que incidiam nas relações entre as classes e o Estado. Como mostrou Ianni, estava em marcha a revolução burguesa brasileira: “Uma revolução lenta, mas segura e concertada, a única que, vigorosamente, temos experimentado em toda a nossa vida nacional”. (HOLANDA, 1956 *apud* IANNI, 1992, p. 23).

Porém, ao se encontrar no poder, a burguesia abandona seus ideais de emancipação. Assim, um novo quadro está traçado, no qual burguesia conservadora e proletariado revolucionário se confrontariam numa luta contínua de forças, surgindo, então, uma nova dominação de classe.

Contudo, como a descolonização inicial foi mínima, a dominação senhorial e sua transformação em dominação oligárquica, bloquearam tanto econômica e socialmente quanto politicamente a formação das classes e dos mecanismos de solidariedade de classe, impondo o controle conservador e o poder autocrático das elites das classes dominantes como fio condutor da história. (FERNANDES, 2005, p. 231).

A princípio, instaura-se o Estado liberal que teria como regulador o mercado, baseado na ideia do “*laissez faire, laissez aller, laissez passer*”, que significa “deixai fazer, deixai ir, deixai passar”, reforçando a ideia de que, se cada indivíduo fizesse sua parte, o mercado, naturalmente, ajustaria o Estado e as relações existentes dentro dele, de forma que nenhuma classe fosse prejudicada e todas fossem beneficiadas. Este Estado tem, como elementos centrais, a propriedade privada e o ideal da liberdade. Obviamente, essa forma de regulação estatal baseada no mercado livre como regulador da ordem não pôde cumprir com sua proposta de benefício geral; ao

contrário, aqui, a “questão social”<sup>3</sup> começa a se tornar mais evidente.

Com a Revolução Industrial, cresceu rapidamente o número de operários que se encontravam em uma situação de insatisfação e frustração, na medida em que se viam cada vez mais desprestigiados e descuidados pelo Estado; com isso, logo surgem movimentos de organização popular, como Canudos (1896-1897), a Revolta da Vacina (1904) e o Contestado (1912-1916). A necessidade da intervenção estatal para remediar os problemas que o próprio mercado gerava, exigiu, conforme analisou Netto

[...] respostas do Estado burguês do período do capitalismo monopolista a demandas postas no movimento social por classes (ou estratos de classes) vulnerabilizados pela ‘questão social’, o que indica, portanto, que as políticas sociais constituem-se em ‘campos de tensões’. (NETTO, 2003, p. 15-16).

As políticas sociais viriam a ser as primeiras ações de intervenção estatal no desenvolvimento social. Surgem com o objetivo ambíguo de conceder alguns benefícios sociais à classe trabalhadora e como forma de conter as manifestações desta; assim, são as primeiras conquistas do operariado, a partir da expressão pública e organizada de suas demandas, e as primeiras ações de controle deste pelo Estado.

Durante os anos de Estado liberal, que vai do século XIX ao início do século XX, as políticas sociais irão ampliar alguns direitos à classe trabalhadora, amenizando, dessa forma, as contradições inerentes à sociedade capitalista. Como se sabe, o capitalismo tem, desde sua constituição histórica, crises cíclicas. Estas, por

---

<sup>3</sup> Iamamoto descreve a “questão social” como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”. (IAMAMOTO, 2012, p.27).



sua vez, exigirão medidas rápidas para sua supressão alterando a forma de desenvolvimento das políticas públicas.

É impossível pensarmos no modo de produção capitalista sem falarmos das crises que existiram e existirão a partir dele. Aqui, faz-se imprescindível afastarmos a concepção “natural” das crises, como se toda organização econômica fosse vivenciá-la independentemente de seu contexto histórico:

As crises são inevitáveis sob o capitalismo; mas é perfeitamente possível e viável uma organização da economia estruturalmente diferente da organização capitalista, capaz de suprimir as causas da crise. (BRAZ; NETTO, 2007, p. 157).

Segundo os estudiosos Braz e Netto (2007), a particularidade das crises que ocorrem dentro do modo de produção capitalista é referente a suas causas e seus efeitos. A lógica que se segue dentro deste modelo é a de investimento de capital na produção de mercadorias e, a partir da venda desses produtos, a obtenção de mais capital, o lucro. De acordo com os analistas, o que acontece é que, para que este lucro seja garantido, é necessário o consumo dos produtos, e este aspecto o Estado não consegue garantir por um longo período; por isso as crises são cíclicas. Produzem-se muitas mercadorias, e, durante um período, há um consumo significativo delas, até que se chega a um momento em que o consumo deixa de ser suficiente, o escoamento dessas mercadorias já não comporta a quantidade que circula no mercado, sobram produtos e, com isso, há a necessidade de controlar a produção, o que acarreta o desemprego em massa. Está instaurada a crise.

Assim se deu a crise de 1929, que começou nos EUA e abalou toda a economia mundial. Com a 1ª Guerra Mundial, os países inseridos direta ou indiretamente nela estavam devastados e enfraquecidos, o que gerou uma grande mudança no

panorama econômico mundial. Com suas economias abaladas, o poder de consumo dos países, tanto para exportação quanto para a importação, estava limitado; a produção das mercadorias não parou, mas a possibilidade de consumo destas foi reduzida drasticamente, o que gerou uma superprodução, dando origem à crise.

Como aqui nosso foco é tratar das políticas sociais, não nos deteremos nas medidas tomadas para a superação dessa crise e sim no desenvolvimento das políticas a partir dela.

A crise de 1929 explicitou a impossibilidade de se pensar no mercado como regulador do Estado e das relações que existem dentro dele, de forma igualitária a todos os sujeitos. Para que o mercado se encontrasse sempre no centro de toda a sociedade, logicamente, algumas classes precisavam ser mais favorecidas, e o oposto também deveria acontecer. Isso se evidencia, claramente, com a propriedade privada. Referindo-se a esta crise, Netto afirma que

[...] evidenciou para os dirigentes mais lúcidos da burguesia dos países imperialistas a necessidade de formas de intervenção do Estado na economia capitalista. [Registra-se] [...] que o Estado burguês sempre interveio na dinâmica econômica, garantindo as condições externas para a produção e a acumulação capitalistas [...]; mas a crise de 1929 revelou que novas modalidades interventivas tornavam-se necessárias: fazia-se imperativa uma intervenção que envolvesse as condições gerais da produção e da acumulação. Essa era uma exigência estritamente econômica; mas o contexto sociopolítico em que ela se punha condicionou largamente a modalidade em que foi implementada. (NETTO; BRAZ, 2007, p.192-193).

Então, após a crise de 1929, surge um novo modelo de Estado, agora interventor: surge o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*). A questão social deixa de ser tratada como caso de polícia e passa a ser tratada como caso de política (IANNI, 1992).

### 1.1.2 O Estado de Bem-Estar Social e suas ações políticas

O *Welfare State* surgiu como mecanismo de controle político das classes trabalhadoras pelas classes capitalistas: a intervenção no processo de barganha limita institucionalmente a capacidade de organização extraestatal dos trabalhadores (VACCA, 1991 *apud* MEDEIROS, 2001, p.7). Ele teria em seu centro a criação e a implementação de políticas sociais com base nos direitos sociais e viria como garantidor desses direitos. Seriam criadas políticas de assistência para grupos que, antes, ficavam à margem do cuidado do Estado, como as políticas voltadas para as pessoas com deficiências. Sua ação teria um caráter assistencialista com garantia de direitos mínimos aos comprovadamente pobres.

Ele viria a ser um avanço para toda a sociedade, baseado, também, na conquista de direitos de um grande grupo antes completamente marginalizado pelo Estado liberal. Porém, não se pode afirmar que o objetivo central do Estado tenha sido a garantia desses direitos; este ainda está inserido numa lógica capitalista que objetivará o lucro:

O Welfare State não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias. Também precisamos considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam, com o papel do mercado e da família em termos de provisão social. (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 101).

Ao investir mais nas condições de vida dos sujeitos sociais, com a garantia dos direitos básicos, alcançou-se maior produtividade e maior consumo, lógica essa que prevaleceu durante este modelo. Com garantias mínimas do Estado, os sujeitos, trabalhadores ou não, podiam destinar uma parte maior de seu dinheiro para o consumo de mercadorias, o que aumentou o lucro e gerou mais rotatividade de capital no mercado. Era dentro dessa lógica que as políticas sociais eram pensadas e

efetivadas no *Welfare State*.

Ele marcou grandes avanços sociais para as sociedades que puderam vivenciá-lo, mas também, contraditoriamente, garantia, prioritariamente, a lucratividade dos mercados e o movimento do capital.

Segundo Medeiros (2001), no Brasil, a influência do *Welfare State* se apresenta com o caráter de regular aspectos relativos à organização dos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e da burocracia.

As medidas de centralização das ações estatais promovidas nesse período tiveram o sentido de propiciar a integração da economia nacional e regulamentar fatores de produção. [...] essa regulamentação se traduz na promulgação de leis referentes às condições de trabalho e à venda da força de trabalho. (MEDEIROS, 2001, p.9).

Embora o Brasil não tenha vivido o *Welfare State*, sua influência passou a ser percebida, no país, a partir da Era Vargas, uma época marcada pelo populismo e pelo autoritarismo. De acordo com Ianni (1979), o governo Vargas adotou uma série de medidas econômicas e realizou inovações institucionais que assinalaram, de modo bastante claro, uma fase nova nas relações entre Estado e o sistema político-econômico. Há uma rejeição dos setores oligopólicos ao liberalismo econômico.

Tornou-se necessário repensar a política econômica, e com isso, as regulamentações de produção também se modificaram. Havia uma grande pressão operária em busca da garantia dos direitos básicos e de leis que regulassem a relação patrão-operário. Então, durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), criaram-se o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (1930), o Departamento Nacional do Trabalho (1931), o Decreto nº 19.770 (1931)<sup>4</sup> e a Consolidação das Leis do Trabalho

---

<sup>4</sup> Decreto nº 19.770, de 19 de março de 1931. “Regula a sindicalização das classes patronaes e operarias e dá outras providências”. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Antigos/D19770.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D19770.htm)>. Acesso em: 22 nov. 2014.

(1934). Esses órgãos e instrumentos legais foram criados com o objetivo de minimizar os conflitos que vinham se agravando entre patrões e proletariado, mas é importante destacar que essas iniciativas tinham, especialmente, caráter político. No cerne da doutrina da “paz social” havia uma política de controle e dominação da atividade e da organização política do proletariado (IANNI, 1979). Essa finalidade fica clara quando os sindicatos perdem sua força política independente e passam a atuar na mão da política estatal e na repressão aos movimentos dos trabalhadores.

Com o fim da Era Vargas e com a ascensão do governo Dutra, muda-se a lógica estatal. Dutra abandona o nacionalismo econômico e passa a ressignificar o papel do Estado, diminuindo a intervenção estatal nas relações econômicas e sociais, admitindo uma política de redução de funções do Estado e inspirando-se no liberalismo e na empresa privada.

Em pouco tempo, os governantes adotaram objetivos e diretrizes que conferiram outra significação à atividade do poder público. Ao recusar o nacionalismo econômico, como princípio básico de política econômica, recusava-se também a possibilidade de um capitalismo de tipo nacional. (IANNI, 1979, p.83).

Assim, quando Vargas volta à presidência, dessa vez eleito pelo povo, grande parte do Congresso Nacional e a economia do país já estavam comprometidos com uma política econômica internacionalizante e anti-intervencionista. Vargas não conseguiu redirecionar a economia brasileira que, agora, seguia atendendo aos interesses dos Estados Unidos (EUA), para o seu ideal de nacionalismo econômico. Em 1954 ele é deposto do poder.

Os anos que se seguem, 1954 a 1970/80, o país, economicamente, vai seguir a lógica da rápida industrialização e de acordos internacionais. O Programa de Metas do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961) expandiu o setor privado e

internacionalizou a economia brasileira, assim como o fez a Ditadura Militar (1964-1984), que também privilegiou a industrialização por meio de empréstimos internacionais. Assim, a dívida cresce a partir de uma articulação entre a burguesia nacional, o Estado e o capital estrangeiro, que deram origem ao chamado “milagre econômico” dos anos 1970:

[...] este foi sustentado a partir de alguns processos: um êxodo rural de grandes proporções, concentrando força de trabalho barata no espaço urbano, que foi absorvida pela construção civil e pela indústria manufatureira de bens duráveis; e o oferecimento de facilidades para empréstimos privados a juros flutuantes, mesmo, muitas vezes, sem garantias de investimento produtivo. (BEHRING, 2008, p. 135).

O Estado de Bem-Estar Social, nos países em que existiu, e sua influência nos países que puderam sentir seus reflexos, como é o caso do Brasil, se mantiveram funcionando até a década de 1970/80, quando surge uma nova crise. Repete-se o ciclo da última crise, ao se instaurar a crise internacional do petróleo. Embora ela não tenha acontecido dentro do Brasil, seria sentida com força na economia brasileira; é a chamada “crise da dívida”.

Durante os anos de desenvolvimento e grande industrialização, muitos países latino-americanos contraíram grandes dívidas com os países mais desenvolvidos, em especial com os EUA. Quando a crise do petróleo estourou, esses empréstimos passaram a ser cobrados com juros altíssimos; logo, esses mesmos países, que já estavam endividados, passam a ter que pegar novos empréstimos para quitar dívidas anteriores ou novas, e assim, as dívidas e os juros crescem. De acordo com Ianni (1992), no caso de países dependentes, como o Brasil, nos quais muitas crises irrompem de fora para dentro, por intermédio do setor externo da economia, elas adquirem, com frequência, caráter catastrófico. E foi assim com muitos países da

América Latina, inclusive com o Brasil.

As baixas da crise do endividamento foram muitas: o empobrecimento generalizado da América Latina, especialmente no país mais rico, o Brasil; a crise dos serviços sociais públicos; o desemprego; a informalização da economia; o favorecimento da produção para exportação em detrimento das necessidades internas. Ou seja, características regionais preexistentes à crise da dívida foram exacerbadas no contexto dos anos 1980. (BEHRING, 2008, p. 134).

## 1.2 AS FUNÇÕES SOCIOPOLÍTICAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Para Pastorini (1997), as políticas sociais têm caráter compensatório, paliativo e corretivo das desigualdades produzidas no/pelo mercado, como consequência do desenvolvimento capitalista. Porém, para Faleiros (1995), não podem ser reduzidas a um único esquematismo rígido: elas são o resultado da luta de classes, são um espaço de concretização dos interesses populares, embora absorvidos no limite do pacto de dominação (SPOSATI, 1987).

As políticas sociais desempenham função econômica, pelo barateamento da força de trabalho, e política, sendo um mecanismo de manutenção da ordem vigente. Pastorini (1997) destaca que, nelas, não existe uma relação bipolar, mas sim múltipla, que envolve as classes hegemônicas, o Estado, como intermediador, e as classes trabalhadoras, como beneficiárias das políticas sociais. Por isso, não podem ser pensadas como meras “concessões” de apenas um dos sujeitos envolvidos; elas são um produto dessas relações conflitantes.

As políticas sociais são depositárias de uma dualidade contraditória. Elas mostram aos beneficiários uma imagem “redistributiva”, reparadora, enquanto, paralelamente, desempenham, para as classes dominantes, um papel de diminuição dos custos de manutenção e reprodução da força

de trabalho, socializando o que antes era um custo exclusivo do empregador, assim como também cumprem uma outra função, não menos importante, que é a de legitimação da ordem estabelecida e de inibição de eventuais crises sociais. (PASTORINI, 1997, p. 88).

A elaboração e o desenvolvimento das políticas sociais é um dever do Estado; os organismos privados podem contribuir para o desenvolvimento dessas mesmas políticas por meio da administração e da gestão dos programas sociais; porém, é muito importante sempre nos lembrarmos de que essa não é uma função prioritariamente da esfera privada. Este entrosamento entre Estado e organismos privados, chamado de Estado ampliado (FALEIROS, 1995), muitas vezes termina por diluir as obrigações do Estado.

Uma das primeiras contribuições para pensar a assistência no âmbito da política social encontra-se nas reflexões desenvolvidas por Sposati (1987). A estudiosa afirma que

A introdução de políticas sociais calcadas no modelo assistencial consagram formas populistas de relação e a benevolência enquanto forma de atendimento às necessidades de reprodução da sobrevivência das classes subalternizadas. (SPOSATI, 1987, p. 29).

E complementa, adiante:

Outro efeito da presença do mecanismo assistencial consiste em permitir a justificativa de um rebaixamento na qualidade dos serviços. Enquanto dirigidos a pessoas de “poucas exigências”, “ignorantes”, os programas sociais podem ser reduzidos a soluções precárias. (SPOSATI, 1987, p.30).

Para Faleiros (1995), os auxílios e serviços disponibilizados por meio das políticas públicas, mesmo sendo garantidos por leis, aparecerão como favoráveis à população e, dessa forma, o Estado e os políticos são vistos como bons para o povo.



E assim, as políticas sociais são usadas pelo Estado e pelos políticos como estratégia para conseguir a aprovação da população, os discursos passam a ser elaborados em cima da ideia de harmonia e paz social, há a individualização e responsabilização dos sujeitos, deixando de lado a dimensão de direitos sociais.

Esse discurso oficial, que apresenta as políticas sociais como boas em si mesmas e como sendo bons aqueles que as fazem, leva a população a acreditar na bondade do sistema capitalista e no fracasso individual. Perde-se a noção de que o indivíduo é um produto do meio em que vive; agora, os sujeitos passam a ser submetidos a julgamentos individuais, que os responsabilizam e culpabilizam pelas possibilidades e impossibilidades que terão em sua vida, camuflando-se a dimensão política. Faleiros (1995, p.63) explica:

A ideologia da normalidade pressupõe que o indivíduo possa trabalhar para poder, normalmente, com o salário obtido, satisfazer as suas necessidades de subsistência e as de sua família. O trabalho é o critério de vida normal para viver bem. Os que não conseguem, com o salário que ganham, obter essa vida normal, vêem-se censurados socialmente pelas próprias políticas sociais, que atribuem, então, ao indivíduo, seu fracasso. É o que se chama culpabilização das vítimas.

Para o Estado, a ação compensatória tem um uso político que se expressa na viabilidade de tutela e na demonstração da face humanitária do capitalismo (SPOSATI, 1987).

Não se pode esquecer que as políticas estatais são um espaço para a mercantilização do social através do repasse pelo estado, de recursos para a iniciativa privada. Os serviços tornam-se um campo lucrativo de investimentos de capital, contando ainda com as vantagens tributárias e fiscais que tais programas supõem. (IAMAMOTO, 1982 *apud* SPOSATI, 1987, p.33).

Os poucos avanços realizados em direção à construção e à garantia dos

direitos sociais, tais como a construção do SUS, que garantiu uma saúde pública universal de qualidade, a criação de algumas universidades federais, visando à oferta de uma educação pública e laica, dentre alguns outros, passam a ser objetos de ataques do capital sobre o trabalho, visando o desmonte do Estado. Também, a solidariedade social desmantelada; e o mercado é que define, poderosamente, as condições de existência e os meios de vida. Sobre isto, Faleiros (1995, p.172) observou que,

[...] para manter sua legitimidade e o controle social sobre a população, os governos recorrem sistematicamente às políticas de emergência (o emergencial permanente) como distribuição de comida e constituição de frentes temporárias de trabalho, ampliando-se o espaço do clientelismo. Esta política é tradicionalmente usada em tempos de agudização das crises, sem, contudo inserir-se numa perspectiva de direitos e sim favores.

A função ideológica das políticas sociais só pode ser desmistificada na medida em que se coloca essa problemática no contexto geral da economia e do Estado capitalista (FALEIROS, 1995). Segundo Sposati (1987), para alguns analistas, os programas sociais não chegam a se constituir em mecanismos redistributivos alteradores das desigualdades sociais: elas devem garantir “a ilusão do atendimento”.

### 1.3 AS POLÍTICAS SOCIAIS E O ESTADO NEOLIBERAL

A resposta à crise do petróleo seria diferente da resposta anteriormente dada à crise de 1929. Se, antes, ela se deu no âmbito da melhoria da qualidade de vida mediante a garantia dos direitos sociais – cidadania –, agora os sujeitos deixarão de ser tratados como cidadãos para serem tratados como consumidores, o que afastará

a concepção de direitos. Surge o Estado neoliberal. Braz e Netto (2007, p.77) dizem que a crise do Estado de Bem-Estar Social.

[...] pareceu oferecer a comprovação definitiva do fundo último da programática neoliberal, vale dizer, a insustentabilidade de uma economia planejada; a crise do Welfare State forneceu-lhe o combustível para colocar em xeque as funções estatais como indutoras de crescimento econômico e promotoras de bem-estar.

Já para Fiori (1997), o neoliberalismo apareceu como uma vitória ideológica que abriu portas e legitimou uma espécie de selvagem vingança do capital contra a política e os trabalhadores. Este Estado começou com a Sra. Margaret Thatcher, em 1972, na Inglaterra, e se desenvolveu rapidamente. A estratégia utilizada para a implementação do Estado neoliberal foi dar-lhe um caráter de “reforma”. Behring e Boschetti explicam que,

Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se auto designar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés socialdemocrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio-histórica. Cabe lembrar que esse é um termo que ganhou sentido no debate do movimento operário socialista. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 147).

No Brasil, o neoliberalismo iniciou-se no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e se aprofundou no governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2001); neste último, implementou-se o *Plano Diretor da Reforma do Estado* (BRASIL, 1995). A proposta deste Plano era a descentralização, objetivando a produtividade e a qualidade nos serviços públicos, cabendo ao Estado transferir ao setor privado as atividades que podem ser realizadas pelo mercado. Segundo Faleiros (2000), esse

Estado visa a garantir a manutenção das condições gerais de reprodução do capital e da produção, isto é, da acumulação capitalista. Desta forma, haverá uma grande precarização dos serviços públicos, o desmonte das políticas públicas, a transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil, a flexibilização dos direitos já garantidos historicamente, a culpabilização dos sujeitos, a privatização e a terceirização dos serviços públicos. Faleiros (2000) ainda dirá que o Estado

Assume os investimentos não rentáveis para o capital, assume os investimentos que demandam recursos que superam a disponibilidade dos capitalistas, transforma os recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, cria a infraestrutura necessária para os investimentos e a circulação do capital, estabelece facilidades jurídicas e, sobretudo, gere a moeda e o crédito em favor da acumulação de capital, e investe em grandes empreendimentos, aplanando com tudo isso a concorrência intercapitalista”.(FALEIROS, 2000, p.65).

As reformas propostas pelo neoliberalismo não estão ligadas à ampliação de direitos sociais, políticos e econômicos para a população, mas sim organizadas em torno de um tripé básico da “desregulação”, da “privatização” e da “abertura comercial” (FIORI, 1997). Havendo o desmonte das políticas públicas, elas receberão um menor investimento financeiro, o que, por seu turno, acarreta precariedade dos serviços públicos. Segundo lamamoto (1998), a desqualificação do Estado tem sido a pedra-de-toque do privatismo da *ideologia neoliberal*: a defesa do “Estado mínimo” pretende, fundamentalmente, “o Estado máximo para o capital” (NETTO, 1993, p.81).

Para justificar as privatizações, foram utilizados argumentos como: atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado. Behring e Boschetti complementam:

Isso explica o retorno à família e às organizações sem fins lucrativos – o chamado “terceiro setor” – como agentes do bem-estar, substituindo a política pública. Ao não se constituir como uma rede complementar, mas assumir a condição de “alternativa eficaz” para viabilizar o atendimento das necessidades, esse apelo ao “terceiro setor” ou à “sociedade civil”, aqui mistificada, configurou-se como um verdadeiro retrocesso histórico. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 162).

Segundo Yamamoto (1998), paralelamente à desqualificação dos serviços públicos, surge uma força opositiva ao grande capital disseminando a ideia do antiestatismo, do que decorrem dois fenômenos: 1) a transferência, para a sociedade civil, a título de “iniciativa autônoma”, de responsabilidades antes alocadas à ação estatal; 2) a minimização de lutas democráticas dirigidas a afetar as instituições estatais.

Para Faleiros (1995), uma das estratégias utilizadas pelo Estado, dentro do contexto neoliberal, é a de enfatizar o “esforço pessoal” dos indivíduos para “solucionar problemas” dos riscos sociais, no lugar de mudar as condições sociais.

As políticas sociais passam a ser vistas como ineficientes, e os gastos com o social, como dispendiosos e como uma barreira à acumulação. O investimento no capital privado cresce muito, e o Estado, dessa vez, não intervém na economia; porém, ainda terá papel regulador em outras relações.

Os serviços passam a ser vistos como mercadorias, e os sujeitos deixam de ser tratados como cidadãos usuários para virarem clientes; com isso, há a perda da noção de direito. A privatização ganha força e gera uma clara divisão entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços. Dessa forma, cada vez mais, a sociedade está dividida entre a parcela dos indivíduos quem tem o poder aquisitivo nas mãos e a outra parcela caracterizada pela pobreza. Essa divisão gera uma diluição dos interesses comuns, o individualismo cresce e, cada vez mais, temos

dificuldade de pensar coletivamente.

As consequências do ajuste neoliberal para a política social, por sua vez, são enormes, não só porque o aumento do desemprego leva ao empobrecimento e ao aumento generalizado da demanda por serviços sociais públicos, mas porque se corta gastos, flexibiliza-se [*sic*] direitos e se propõe, implícita ou explicitamente, a privatização dos serviços, promovendo uma verdadeira antinomia entre política econômica e política social. (BEHRING, 2008, p.161-162).

Para Faleiros (1995), a política social está mudando seu eixo de sustentação das contribuições sociais de empregados, patrões, trabalhadores e de impostos para contribuições individuais, em contas próprias, no setor privado.

Behring e Boschett esclarecem:

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.156).

Atualmente, vivenciamos as consequências desse modelo em todas as políticas sociais do Estado. Falando, especificamente, a propósito das políticas públicas de saúde, podemos destacar: hospitais públicos superlotados e com déficit de profissionais; sobrecarga de demandas para os profissionais que atuam na saúde o que, por sua vez, acarreta atendimentos de má qualidade; terceirização dos serviços; má qualificação profissional de muitos; dentre outras consequências.

#### 1.4 A DESPOLITIZAÇÃO DOS CONFLITOS SOCIAIS E DA QUESTÃO SOCIAL

Neste tópico, a tentativa de despolitização dos conflitos sociais e suas razões é o objeto de nosso esforço de compreensão. E para que conheçamos de fato este processo, é imprescindível falarmos e estudarmos a “questão social”, suas expressões e seus tratamentos.

De acordo com Yazbek (2001), a “questão social” é o elemento central na relação entre profissão e realidade e “a pobreza é fenômeno multidimensional, é categoria política que implica carecimentos no plano espiritual, no campo dos direitos, das possibilidades e esperanças” (MARTINS, 1991 *apud* YAZBEK, 2001, p. 34).

A subalternidade diz respeito à ausência de protagonismo, de poder, expressando a dominação e a exploração. A subalternidade, assim como a exclusão, se expressa em amplo e diverso conjunto de perspectivas, características, ações e interesses, pluralidade que configura um amplo leque de desigualdades, injustiças e opressões. (YAZBEK, 2001, p. 34).

Pobreza, exclusão e subalternidade podem ser indicadores de condição de classe e de outras condições de desigualdade, expressando, assim, as relações existentes na sociedade. Estes indicadores têm contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social (YAZBEK, 2001, p.34).

A pobreza é também uma consequência do descarte de mão de obra barata, que faz parte da expansão capitalista. Expansão esta que gera uma população sobrando, que cria o necessitado, contingência que faz com que pessoas se tornem não empregáveis, que compromete a estabilidade no trabalho e alastra o desemprego.

Yazbek (2001) ressalta que a violência da pobreza é parte de nossa experiência diária. Acrescenta que os impactos destrutivos das transformações crescentes no capitalismo contemporâneo vão imprimindo suas marcas sobre a população empobrecida:

[...] o aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário e intermitente, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade. Sinais que expressam também, o quanto a sociedade pode tolerar a pobreza e banalizá-la e, sobretudo a profunda incompatibilidade entre os ajustes estruturais da economia à nova ordem capitalista internacional e os investimentos sociais do Estado brasileiro. Incompatibilidade legitimada pelo discurso, pela política e pela socialidade engendrados no pensamento neoliberal que, reconhecendo o dever moral de prestar socorro aos pobres e “inadaptados” à vida social não reconhece seus direitos sociais. (YAZBEK, 2001, p. 35).

Não por acaso, “onde antes o discurso da cidadania e dos direitos tinha algum lugar ou pertinência no cenário público, é hoje ocupado pelo discurso humanitário da filantropia” (TELLES, 1998 *apud* YAZBEK, 2001, p. 35).

A noção de direito vai sendo afastada no pensamento contrarreformista que entende fundamental a filantropia revisitada, o dever moral de ajudar os pobres, contanto que isto não se transforme em políticas públicas. Não obstante a crise crônica das políticas sociais e sua subordinação às políticas de estabilização da economia, elas fazem parte do conjunto de estratégias neoliberais, com suas restrições aos gastos públicos e sua perspectiva privatizadora (YAZBEK, 2001, p. 36).

Está em construção uma forma despolitizada da questão social, da pobreza e da exclusão social, fora do mundo público e dos polos democráticos de representação e negociação dos efetivos e diferentes em jogo.



É essa despolitização que ao lado da destituição do caráter público dos direitos dos pobres e excluídos em nossa sociedade está na base do atual sucateamento dos serviços públicos, da desqualificação de políticas sociais, da destituição de direitos trabalhistas e sociais e da privatização e refilantropização na abordagem da questão social. (YAZBEK, 2001, p. 36).

O Estado neoliberal reduz suas ações no campo social e recorre à solidariedade social, além de optar por programas focalistas incapazes de alterar a imensa fratura entre necessidades e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais (YAZBEK, 2001, p. 37). Desta forma, ganha força o Terceiro Setor.

De acordo com Yazbek (2001), o Estado brasileiro, hoje, é um Estado que anuncia, em seu Plano Diretor, que não assumirá tarefas que a sociedade possa assumir. Desta forma, as sequelas da questão social incidem de forma expressiva na vida das classes subalternas que se encontram destituídas de trabalho, poder e informação.

A nova ofensiva do capital configura-se não apenas pelas determinações tecnológicas, mas também por determinações políticas que são o resultado sócio-histórico da luta de classes, do amadurecimento das contradições geradas ao longo do processo de internacionalização das relações capitalistas de produção no período histórico de 1945 à 1968/1970; e envolvem elementos econômicos e sócio-políticos. (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p.164).

A expressão “questão social” começou a ser utilizada, na terceira década do século XIX, para explicar o grande fenômeno que surge, na Europa Ocidental, com a primeira onda industrializante que começou na Inglaterra: o pauperismo. Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas (NETTO, 2011, p. 153).

A designação desse pauperismo pela expressão “questão social”, segundo Netto (2011), relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sociopolíticos. O autor, em seu compêndio, explica que, paralelamente à consolidação da burguesia, surgia uma inconformidade por parte dos pauperizados, sendo a partir desta perspectiva, de eversão da ordem burguesa, que o pauperismo designou-se como “questão social”.

Para manutenção e defesa da ordem burguesa, a “questão social” deixa de ser tratada pelo seu viés histórico determinado e é crescentemente naturalizada. Simultaneamente à sua naturalização, a “questão social” é transformada em instrumento de ação moralizadora. Segundo Netto (2011), o enfrentamento das suas manifestações deve ser função de um programa de reformas que preserve, antes de tudo, a propriedade privada dos meios de produção.

As expressões da “questão social” passam a ser desvinculadas de qualquer intenção de problematizar a ordem econômico-social estabelecida. As manifestações da “questão social” são enfrentadas sem tocar nos fundamentos da sociedade burguesa. Tem-se aqui o que o estudioso define como um reformismo para conservar.

De acordo com Netto (2011), uma das resultantes da Revolução de 1848 foi a passagem, em nível histórico-universal, do proletariado da condição de classe em si a classe para si. O que os levou a uma consciência política de que a “questão social” está intrinsecamente ligada à sociedade burguesa<sup>5</sup>.

O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a “questão social” – portanto, diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da

---

<sup>5</sup> A partir daí, o pensamento revolucionário passou a identificar na expressão “questão social” uma tergiversação conservadora, e a só empregá-la indicando este traço mistificador. (NETTO, 2011, p. 156).

“questão social”. E “esta ‘questão social’ está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital / trabalho – a exploração” (NETTO, 2011, p.157).

Nas sociedades anteriores à ordem burguesa, as desigualdades, as privações, etc. decorriam de uma escassez que o baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas não podia suprimir; na ordem burguesa constituída, decorrem de uma escassez produzida socialmente, de uma escassez que resulta necessariamente da contradição entre as forças produtivas (crescentemente socializadas) e as relações de produção (que garantem a apropriação privada do excedente e a decisão privada da sua destinação). (NETTO, 2011, p.158).

A construção do *Welfare State*, bem como o dinamismo da economia norte-americana, faziam com que a “questão social” e suas manifestações parecessem já estar no passado, sendo um quase privilégio da periferia capitalista, às voltas com os seus problemas de “subdesenvolvimento” (NETTO, 2011, p. 159).

Segundo o autor, apenas os marxistas insistiam em assinalar que as melhorias no conjunto das condições de vida das massas trabalhadoras não alteravam a essência do capitalismo, continuando a revelar-se por intensos processos de pauperização relativa.

No começo dos anos 1970, a expansão capitalista cessou. Em resposta a este retrocesso, o capital reage com uma ofensiva política e econômica. A conjunção “globalização” mais “neoliberalismo” veio para demonstrar aos ingênuos que o capital não tem nenhum “compromisso social” (NETTO, 2011, p. 159).

O capitalismo “globalizado”, “transnacional” e “pós-fordista” desvestiu a pele do cordeiro – e a intelectualidade acadêmica, a mesma que em boa parcela considera Marx o criador de um “paradigma em crise”, descobriu a “nova pobreza”, pois “excluídos” etc. – em suma, descobriu a ‘nova

questão social'. (NETTO, 2011, p. 160)<sup>6</sup>.

A partir daí, realizando uma análise sobre as políticas sociais, Sposati (1987) afirma que repensá-las, hoje, não significa buscar apoio no discurso liberal segundo o qual o cidadão deve prover seu “livre” consumo individual na iniciativa privada; a estudiosa acrescenta, ainda, que a questão das políticas sociais deve ser resgatada a partir da perspectiva de classe, o que implica remeter esse conceito a uma dimensão coletiva.

O Brasil guarda como característica fundamental “a convivência de um capitalismo moderno marcado pela extrema concentração de renda, ao lado de um capitalismo predatório que produz e reproduz de forma selvagem e impune profundas desigualdades sociais” (SPOSATI, 1987, p. 27). A autora acrescenta, ainda, que a presença do assistencial nas políticas sociais conforma o usuário, possível gestor, em beneficiário assistido (SPOSATI, 1987, p. 28).

Já para Santos (1979) a violação da ordem democrática, em 1964, colocou em recesso a dimensão democrática da cidadania brasileira.

As cassações de mandatos e de direitos políticos que se seguiram, a extinção dos partidos políticos, em 1966, o fechamento de diversas associações civis e a intervenção maciça nos sindicatos evidenciaram a desorganização provocada no que já havia de complexificação social do país. (SANTOS, 1979, p. 76).

O autor ainda acrescenta que, nesse período, a sociedade brasileira voltou a

[...] um estágio quase que pré-organizado, política e socialmente, na exata medida em que os partidos políticos que vieram a substituir os antigos nenhuma participação efetiva possuíam na administração do governo, e

---

<sup>6</sup> Netto (2011) afirma que inexistente uma “nova questão social”, o que devemos investigar é a emergência de novas expressões da “questão social” que é insuprimível sem a supressão da ordem do capital.

em que os sindicatos eram mantidos sob severa vigilância, bem como as entidades estudantis, entre outras. (SANTOS, 1979, p.76).

O controle sindical e o controle do salário profissional, segundo Santos (1979), foram as formas autoritárias encontradas para compatibilizar os objetivos de acumulação acelerada, modernização tecnológica da economia e baixo nível de investimento educacional.

Os avanços da perspectiva marxista incorporam a perspectiva da totalidade nas análises das políticas sociais, e incorpora-se a estas pesquisas a centralidade e relevância da luta de classes.

Em um artigo em que fala sobre política social, Pastorini (1997) afirma que só poderemos capturar a complexidade de um fenômeno social se compreendermos os seus vínculos com a política e a economia.

A perspectiva marxista entenderá as políticas sócias como mecanismos de articulação, tanto de processos políticos, que visam o consenso social, a aceitação e legitimação da ordem, a mobilização/desmobilização da população, a manutenção das relações sociais, a redução de conflitos, etc. quanto econômicos, procurando a redução dos custos de manutenção e reprodução da força de trabalho, favorecendo a acumulação e valorização do capital etc. (PASTORINI, 1997, p. 87).

Então, em se tratando de políticas sociais, Pastorini (1997) ressalta que o termo “concessão-conquista”, usado por muitos para explicá-las, é um binômio, de certa maneira, ambíguo e não completamente fiel à realidade social. Por ser composto por dois conceitos excludentes – em que o termo “concessão” se refere ao fato de uma pessoa doar algo a outra, por sua livre escolha, e “conquista”, ao fato de tomar algo, à força, de outra - podemos dizer que se trata de um binômio não dialético.

Mesmo em se tratando de um binômio não dialético, sua utilização nas análises das políticas sociais colaborou muito para o desenvolvimento das pesquisas ligadas a elas. Sendo assim,

[...] incorpora-se ao panorama os setores trabalhadores e as classes subalternas como atores sociais como iniciativas, e não mais como meros beneficiários passivos da caridade pública, introduzindo também, nestas análises, as perspectivas das lutas de classes e da totalidade. (PASTORINI, 1997, p. 95).

Torna-se importante compreendermos que

A perspectiva marxista incorpora às análises das políticas sociais um elemento substancial: a relação entre sujeitos, entre atores protagonistas. No entanto essa relação não pode ser pensada unilinearmente, já que não são as classes subalternas as que “conquistam” e o Estado aquele que “concede”, Mas que em todas e cada uma das políticas sociais existem aspectos de “conquistas”, tanto dos subalternos quanto do Estado e das classes hegemônicas. Por outro lado, ao mesmo tempo em que o Estado e as classes dominantes “concedem”, os setores subalternos também o fazem. (PASTORINI, 1997, p. 96).

A tendência do capitalismo monopolista, para Netto (2011), tem sido justamente, a de esvaziar estes instrumentos de participação sociopolítica – e, quando possível, promover a sua eliminação Assim, a intervenção do Estado sobre as expressões da “questão social” ocorre de forma a fragmentá-la. O autor diz não poder ser diferente

[...] tomar a “questão social” como problemática configuradora de uma totalidade processual específica é remetê-la concretamente à relação capital/trabalho – o que significa colocar em cheque a ordem burguesa. (NETTO, 2011, p. 32).

As sequelas da “questão social” são tratadas como problemáticas particulares e também assim são enfrentadas. São vistas como inevitáveis ou “como se se

originassem de um “desvio” da lógica social. Assim, a “questão social” é atacada nas suas refrações.” (NETTO, 2011, p. 32).

Netto (2011) elucida que o caráter público de enfrentamento das refrações da “questão social” incorpora o substrato individualista da tradição liberal, ressitua-a como elemento subsidiário no trato das sequelas da vida social burguesa.

A ordem burguesa supõe que o destino pessoal é função do indivíduo como tal. Tanto o fracasso social como o êxito são creditados unicamente a ele. A criação de ações públicas que cria condições para o desenvolvimento dos indivíduos, não exclui a responsabilidade deste. O redimensionamento do Estado burguês no capitalismo monopolista em face da “questão social” simultaneamente corta e recupera o ideário liberal – corta-o, intervindo através de políticas sociais; recupera-o, debitando a continuidade das suas seqüelas [sic] aos indivíduos por elas afetados. (NETTO, 2011, p. 36).

Há uma redefinição do público e do privado. Ainda de acordo com o autor, na escala em que se implementam medidas públicas para enfrentar as refrações da “questão social”, a permanência das suas sequelas é deslocada para o espaço da responsabilidade dos sujeitos individuais que as experimentam. O capitalismo monopolista converte as expressões da “questão social” em problemas sociais.

Segundo Netto (2011), na idade do imperialismo, a organização monopólica da vida social tende a preencher todos os interstícios da vida pública e da vida privada. E acrescenta, ainda, que

[...] a subordinação ao movimento do capital deixa de ter como limites imediatos os territórios da produção: a tendência manipuladora e controladora que lhe é própria, desborda os campos que até então ocupara (no capitalismo concorrencial), domina estrategicamente a circulação e o consumo e articula uma indução comportamental para penetrar a totalidade da existência dos agentes sociais particulares. Aqui, é o inteiro cotidiano dos indivíduos que tende a ser administrado, um difuso terrorismo psicossocial se destila pelos poros da vida (LEFEBVRE, 1968) e se instila em todas as manifestações anímicas e todas as

instâncias que outrora o indivíduo podia reservar-se como áreas de autonomia (a constelação familiar, a organização doméstica, a fruição estética, o erotismo, a criação dos imaginários, a gratuidade do ócio, etc.) convertem-se em limbos programáveis com áreas de valorização potencial do capital monopolista. (NETTO, 2011, p.39).

Segundo ele não se trata somente do processo de liquidação dos espaços de autonomia do indivíduo, mas, da expansão das modalidades de investimento e de valorização própria do capital monopolista, já que estas invadem e metamorfoseiam o “privado”.

A idade do monopólio converte em “serviço” praticamente tudo. Segundo Netto (2011), este traço combina perfeitamente com os projetos de preservação de “individualidade”, que são produzidos e reproduzidos conforme as necessidades da expansão e onde, por fim, enlaçam-se organicamente as induções massivas, que vão determinar os comportamentos sociais dos sujeitos.

Netto (2011) continua seu texto chamando a atenção para o fato de que o individualismo, na era dos monopólios, se apresenta, especialmente, como o privilégio das instâncias psicológicas na existência social e não mais como a proclamação das vontades individuais de cada sujeito. Onde essa individualização dos problemas sociais acaba permitindo “psicologizar os problemas sociais, transferindo a sua atenuação ou proposta de resolução para a modificação e/ou redefinição de características sociais do indivíduo” (NETTO, 2011, p.41).

“Quanto menos indivíduo, tanto mais individualismo”. (ADORNO; HORKHEIMER, 1969 *apud* NETTO, 2011, p. 41).

O potencial legitimador da ordem monopólica contido na psicologização ultrapassa de longe a imputação ao indivíduo da responsabilidade do seu destino social; bem mais que este efeito, por si só relevante, implica um tipo novo de relacionamento “personalizado” entre ele e instituições



próprias da ordem monopólica que, se não se mostram aptas para solucionar as refrações da “questão social” que o afetam, são suficientemente lábeis para entrelaçar, nos “serviços” que oferecem e executam, desde a indução comportamental até os conteúdos econômico-sociais mais salientes na ordem monopólica – num exercício que se constitui em verdadeira “pedagogia” psicossocial, voltada para sincronizar as impulsões individuais e os papéis sociais propiciados aos protagonistas. (NETTO, 2011, p. 42).

Esta psicologização dos problemas sociais é característica intrínseca do positivismo, que Netto (2011) afirma ser a autoexpressão do ser burguês. O que se esclarece na citação abaixo:

[...] os fenômenos físicos e sociais são fatos como os outros, submetidos a leis que a vontade humana não pode interromper a seu arbítrio [...]. Por consequência, as revoluções no sentido próprio do termo são coisas tão impossíveis como os milagres. (DURKHEIM, 1975 *apud* NETTO, 2011, p.44).

Ao naturalizar o social, o positivismo descarta a autonomia dos sujeitos, determinando sua condição como um processo natural da sociedade, como se não houvesse precedentes para mudanças. “Não há só uma legitimação do estabelecido como, principalmente, uma pré disposição [*sic*] para aceitar a sua evolução seja em que sentido for.” (NETTO, 2011, p. 45), o que enfraquece a dimensão política dos sujeitos que estão inseridos na sociedade. “O assentimento ao princípio das leis invariáveis na sociedade prepararia os homens para a disciplina e a obediência à ordem existente e promoveria a sua “resignação” diante dela.” (MARCUSE, 1969 *apud* NETTO, 2011, p.45).

Para Netto (2011), ao naturalizar a sociedade, a tradição positivista é compelida a buscar uma especificação do ser social que só pode ser encontrada na esfera moral: “[...] As principais dificuldades sociais não são hoje essencialmente políticas, mas,

sobretudo morais, de sorte que sua solução depende realmente das opiniões e dos costumes muito mais do que das instituições.” (COMTE, 1973 *apud* NETTO, 2011, p.46).

Segundo Netto (2011), o positivismo pressupõe dois movimentos: um, que deseconomiza (e, portanto, desistoriciza) a “questão social” e outro, que estabelece o alvo da ação tendente a intervir nela no âmbito de algumas expressões anímicas. Para o autor, a função da moral é justamente garantir a validade dos comportamentos “morais” e apresentar sua variação como um desvio sociopático.

É sobre esta psicologização das relações sociais, característica do pensamento positivista, que “a auto-representação [*sic*] da sociedade burguesa será cristalizada na era dos monopólios, determinando a moralização das teorias sociais abrangentes e a individualização da questão social” (NETTO, 2011, p. 50).

Na história da sociedade [...], os agentes são exclusivamente homens dotados de consciência, que atuam com reflexão ou paixão, buscando fins determinados; nada acontece sem intenção consciente, sem meta dirigida. [...] Os objetivos das ações são produtos da vontade, mas os resultados, que realmente decorrem das ações, não são voluntários ou, então, quando parecem mesmo corresponder inicialmente aos objetivos da vontade, eles acabam tendo consequências bem outras do que as pretendidas. (ENGELS *apud* NETTO, 2011, p.52).

Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. (MARX, 1969 *apud* NETTO, 2011, p.52).

Esta transição do capitalismo concorrencial à idade do monopólio, segundo Netto (2011), concretizou três fenômenos: o proletariado constituído como classe para si, a burguesia operando estrategicamente como agente social conservador, e o peso específico das classes e camadas intermediárias. O baixo nível das condições de vida

das grandes massas e as grandes ideias influenciadas pelos pensamentos de Marx, no período, criaram as condições necessárias para que o proletariado passasse de classe em si para classe para si.

Os dois principais instrumentos de intervenção sociopolítica da classe operária, para o estudioso, são o sindicato e o partido proletário.

Em plano histórico-universal, as condições para a assunção do proletariado como classe para si se configuram com os embates de 1848. As margas derrotas sofridas pela classe operária (e, de fato, pelo conjunto dos trabalhadores) constituíram o material histórico a partir do qual, prática e politicamente, o proletariado começa a construir a sua identidade como protagonista histórico-social consciente. (NETTO, 2011, p. 55).

A transição ao capitalismo dos monopólios foi marcada por uma grande conjuntura de crise, caracterizada pelo desemprego massivo e pelo aviltamento do salário real que, mesmo incidindo de formas distintas nos vários países, se expressaram de forma mais ou menos geral. A resposta do movimento operário, nesse momento, se apresenta por meio das organizações sindicais e muito mais em confronto com a ordem monopólica do que com a crise por si só.

Nesse mesmo momento, incide fortemente sobre o movimento operário o viés revolucionário ligado ao pensamento de Marx, o que possibilita grandes conquistas da classe operária e significativas concessões da burguesia. Dessa forma, surgem os primeiros esboços das políticas sociais públicas. Segundo Netto (2011, p.57),

[...] penetra-os não como teoria social: predominantemente, apresenta-se como um sistema de referência anticapitalista, o “marxismo”, fortemente contaminado por vieses positivistas. É certo que ele cumpriu uma dupla tarefa no âmbito dos instrumentos de intervenção do proletariado: de um lado, ofereceu-lhe uma referência ideal para a organização política – o partido que reivindica a supressão da ordem burguesa; de outro, forneceu-lhe um caldo cultural capaz de integrar as suas agências de corte sindicalista na perspectiva das lutas de classe.

Acrescenta, ainda, na mesma obra, que,

[...] ao ingressar a sociedade burguesa na idade do monopólio, o projeto político-social do proletariado euro-ocidental se encontra nitidamente perfilado: é um projeto anticapitalista, referenciado por uma prospecção socialista e uma prática sindical classista. Confrontando-se com este protagonista, as frações burguesas mais dinâmicas vêem-se [sic] obrigadas a respostas que transcendem largamente o âmbito da pura coerção – é deste confronto que, enfim, resultarão os parâmetros de convivência democrática que se estabilizou em boa parte das sociedades capitalistas desenvolvidas. (p. 59).

Foi esse protagonismo proletário que, de acordo com Netto (2011), na configuração da idade do monopólio, politizou a “questão social” e tratou de visualizar a sua solução como processo revolucionário, colocando-a no terreno claro de antagonismo entre capital e trabalho.

Esse protagonismo da classe operária fez com que o Estado burguês procurasse formas de articular o seu projeto conservador a um projeto político-social anticapitalista. Passou a ser necessário o desenvolvimento de uma estratégia que combinasse conservadorismo e reformismo integrador. “O desenvolvimento das forças produtivas não tornou mais complexa apenas a classe operária; também afetou em cheio o universo burguês” (NETTO, 2011, p. 60).

Com a internacionalização do capital, a burguesia adquiriu farta experiência e consciência políticas, o que lhe permitiu elaborar projetos alternativos concorrentes ao do proletariado, não mudando suas raízes conservadoras, mas apresentado a “questão social” como algo natural, o que a despolitiza. Para Netto (2011), o escamoteamento da dimensão política medular da “questão social” constitui o cerne da política burguesa que a quer enfrentar na idade do monopólio: “O reformismo para

conservar é entronizado como estratégia de classe da burguesia no capitalismo dos monopólios” (p. 62).

Segundo o autor, projeto proletariado e projeto burguês não se esgotam em termos de uma dicotomia; antes, desenham um mosaico de elementos variados, um panorama espectral e matizado, onde comparecem projeções complementares e colidentes.

Para que possamos continuar esta análise crítica sobre as políticas sociais, precisamos considerar alguns elementos essenciais, já que não podemos explicar sua gênese e seu desenvolvimento sem compreendermos, de fato, sua articulação com a luta de classes e a política econômica. De acordo com Behring e Boschetti (2006, p.44), os elementos que se há de considerar são

[...] a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes; o segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sócias, e o terceiro é o papel das classes sociais.

É muito importante identificarmos quais os sujeitos políticos que participaram do processo de construção das políticas sociais e de que forma isto aconteceu, com o objetivo de compreendermos sua vinculação com determinados interesses econômicos e políticos. De acordo com Behring e Boschetti (2006), há uma dimensão cultural que também contribuiu para a formulação das políticas sociais, já que os sujeitos políticos que integraram esse processo eram portadores de valores e do *ethos* do seu tempo. As autoras acrescentam que,

Se relacionarmos as políticas sociais às estratégias de hegemonia, isso significa sua configuração a partir de uma direção intelectual e moral, que está imbricada aos projetos societários com implicações para a concepção e a legitimidade de determinados padrões de proteção.

(BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 45).

Embora as políticas sociais representem grandes conquistas das classes subalternas, elas não configuram, no Estado burguês, por si sós, a solução para o fim das desigualdades sociais, pois estas são inerentes ao modo de produção capitalista. Portanto, só é possível pensarmos no fim dessas desigualdades se falarmos na construção de uma nova ordem societária mais justa e com novos princípios e valores.

Ao longo dos anos 1990, propagou-se a ideia da necessidade de reformas dentro do Estado para que fosse possível a construção de um novo projeto de modernidade. Eram reformas orientadas para o mercado, “num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 148).

Esse momento de “reformas”, segundo as autoras, aconteceu num contexto em que as forças de resistência se encontravam fragmentadas, em função do desemprego, da precarização e da flexibilização das relações de trabalho e dos direitos. “A estruturação da esfera pública, mesmo no limite do Estado classista, nega à burguesia a propriedade do Estado e sua dominação exclusiva” (OLIVEIRA, 1998 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 177).

Segundo Behring e Boschetti (2006), a criação dos conselhos fez parte de um momento histórico no qual se supunha estar em curso uma onda democrática, no Brasil e no mundo, que eles garantiriam a participação da sociedade na vida política de um país. Os conselhos aparecem como um reforço à perspectiva participativa, sugerida por Silva, Jaccoud e Beghin (1995) e que, de acordo com os autores, envolvem três sentidos:

a) A participação social promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório; b) a participação social permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas; e c) a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público. (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 178).

No caso da democracia representativa, percebe-se que, se o eleitor escolhe pessoas envolvidas na tomada de decisão, não escolhe diretamente as decisões, o que outorga uma perigosa autonomia àqueles que decidem, numa espécie de “despotismo eletivo”, complementada pelo poder técnico dos burocratas, que podem, por sua vez, promover uma pressão pelo segredo e pelo controle da informação. Foi exatamente para aperfeiçoar o processo democrático, restrito à democracia representativa, que foram criadas instâncias estratégicas como os conselhos: arenas de discussão das demandas e interesses presentes em áreas determinadas. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 179).

O neoliberalismo coloca algumas barreiras ao controle democrático, visto que os países têm sua autonomia limitada em favor de um “bem maior”. “O maior exemplo, como se viu, é o corte de gastos sociais em função da imposição do superávit primário pelos acordos com o FMI” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 180).

Ainda de acordo com as estudiosas, a difusão do mito de que “somos um povo pacífico e ordeiro e que vive numa terra abençoada por Deus e pela natureza” esconde o país “inaceitável e triste, contaminado pela doença romântica, e com uma formidável capacidade para produzir leis e não implementá-las”, em que vivemos (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 181). Portanto, levar a perspectiva de controle democrático adiante é imprescindível para o enfrentamento das barreiras políticas, econômicas e culturais que compõem o Estado capitalista, no âmbito do qual o fortalecimento dos conselhos nos parece essencial como estratégia de confronto político.

É importante reconhecer e reforçar outros mecanismos de controle, como o ministério público, a imprensa, os conselhos de fiscalização das profissões e outros, mas, sobretudo, priorizar o fortalecimento dos movimentos sociais, tão necessários em período de ofensiva conservadora. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 184).

Embora reconheçamos que as políticas sociais por si mesmas não sejam capazes de modificar o quadro de extrema desigualdade social em que vivemos, concordamos com Behring e Boschetti (2006), quando afirmam que

Levar as políticas sociais ao limite de cobertura numa agenda de luta dos trabalhadores é tarefa de todos os que têm compromissos com a emancipação política e a emancipação humana, tendo em vista elevar o padrão de vida das majorias e suscitar necessidades mais profundas e radicais. Debater e lutar pela ampliação dos direitos e das políticas sociais é fundamental porque engendra a disputa pelo fundo público, envolve necessidades básicas de milhões de pessoas com impacto real nas suas condições de vida e trabalho e implica um processo de discussão coletiva, socialização da política e organização dos sujeitos políticos. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 190).

Para as autoras, é preciso entender que os direitos no capitalismo são capazes de reduzir desigualdades, mas não são capazes de acabar com a estrutura de classes e, portanto, com o motor da produção e reprodução de desigualdades.



## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A partir da análise histórica já realizada no capítulo 1, retornamos ao processo de criação da política de saúde no Brasil, buscando compreender como ela foi criada, seus sujeitos políticos, quais foram suas bases teóricas e seus passos até os dias de hoje. Entendemos que o conhecimento da construção da política de saúde brasileira tem muita importância para compreendermos os principais impasses e questões que vivenciamos, atualmente, no Brasil.

### 2.1 A construção da política de saúde no Brasil

Como vimos, anteriormente, o período ditatorial foi um tempo de enfraquecimento das políticas sociais, a saúde passou a ser vista como mais uma forma de gerar lucro (BRAVO, 2007; 2010), assim como as outras políticas sociais também.

Antes da ditadura, a saúde já era dividida entre pública e previdenciária. A Medicina Previdenciária “era voltada aos contribuintes da Previdência Social que estavam inseridos no mercado formal de trabalho e que, portanto, possuíam carteira assinada” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2008, p.69).

Nesse período, a saúde pública piorou, no país, já que os maiores investimentos estavam voltados para a Medicina Previdenciária, visto que o Sistema Previdenciário tinha grande importância durante a ditadura militar.

Na década de 1980, o Brasil viria a passar por um momento de grande agitação política, com os movimentos sociais, alguns partidos de esquerda e a luta pela redemocratização do país. Com isso, algumas reivindicações populares entrariam na pauta do governo ditatorial de forma a minimizar o déficit social e as manifestações da “questão social”.

Na área de saúde, é importante ressaltar o Movimento pela Reforma Sanitária que surgiu, no país, na segunda metade da década de 1970, e que tinha base conceitual e uma forte produção teórico-crítica. Ela foi resposta a um movimento pela redemocratização e tratou de colocar em evidência os condicionantes de classe nessa área, mostrando que não há neutralidade na saúde. Esse movimento politizou-a e representou uma crítica ao capitalismo (MASSON, 2007; BRAVO, 2010).

Parte significativa da Reforma Sanitária se realizou no plano técnico-institucional, no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde (PAIM, 1997, p. 11). Ela questionou a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social (PAIM, 1997, p.11). Queria romper com o modelo médico-hegemônico, buscando a construção de um novo paradigma que levasse em conta os fatores econômicos e sociais da saúde.

Segundo Escorel (1988), três tipos de práticas caracterizavam o movimento sanitário: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais).

Fleury (1992 *apud* PAIM, 1997) afirma que, mesmo que o debate não tenha configurado um novo paradigma, teve a importância de questionar a concepção de

saúde restrita à dimensão biológica e individual. E que, para compreendermos melhor a concepção de saúde que compõe a Reforma Sanitária, é preciso conhecer as bases conceituais do movimento preventista, no que se refere a Medicina Integral e Medicina Comunitária.

A Medicina Integral era baseada na concepção ecológica do processo saúde-doença, que vê a doença como resultante do desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu ambiente (LAURELL, 1992; PAIM, 1997). Incorporava-se, portanto, uma visão dinâmica acerca do desenvolvimento da doença, sugerindo um modo duplamente otimista de enfrentar os agravos à saúde, seja eliminando o agente, seja restaurando o equilíbrio (AROUCA, 1976 *apud* PAIM, 1997).

No que se refere à Medicina Comunitária, busca-se trazer a racionalidade para os serviços de saúde, focando novas dimensões, como regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária, multiprofissionalidade, etc. (CORDONI, s/d *apud* PAIM, 1997).

Na medida em que a compreensão e crítica das propostas de Medicina Previdenciária e de Medicina Comunitária eram desenvolvidas no Brasil e em alguns países latino-americanos, com estímulo de certos setores da Organização Panamericana de Saúde (OPS), verificou-se um renascimento da Medicina Social inspirada nos princípios que fundamentaram a sua emergência na Europa em meados do século XIX. (PAIM, 1997, p. 13).

A produção teórica que se desenvolveu, nas décadas de 70 e de 80 do século XX, apontava a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde (PAIM, 1997).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco na história do Movimento Sanitário: reuniu mais de quatro mil pessoas e contou, pela primeira vez, com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país e dos representantes da Reforma Sanitária – nela, ficou claro o posicionamento do Brasil com relação à saúde. Ela defendia três aspectos fundamentais: o conceito ampliado da saúde, levando também em consideração os fatores econômicos e sociais; a universalidade, noção segundo a qual a saúde deve ser para todos e de qualidade; a transição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Mendes (1993), muitos profissionais envolvidos no Movimento pela Reforma Sanitária começaram a trabalhar dentro de instituições governamentais, o que significou uma mudança por dentro. As energias foram todas concentradas nas Ações Integradas de Saúde (AIS) que, em um primeiro momento (1983-1985), implementaram um programa de atenção médica com ações voltadas para a saúde pública, o que ampliou o papel do Estado enquanto prestador de serviços públicos de saúde; em um segundo momento, implementaram o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), com foco na descentralização, o que trouxe maior envolvimento dos estados e municípios.

O SUDS teve dois importantes momentos: o primeiro deles foi marcado pela tentativa de fazer avançar os princípios da Reforma Sanitária, com a descentralização da saúde e com a gradual retirada do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) da prestação dos serviços de saúde. O segundo momento foi caracterizado pela reconstrução do INAMPS, o que evidenciou os impasses no bojo dos avanços já realizados.

A Reforma Sanitária é um processo que passou pelas Ações Integradas de Saúde (AIS, 1983) e pelo SUDS (1987), e pela implantação do SUS, mas não deve se restringir a essas reformas: ela é uma mudança muito maior, não apenas administrativa. Quando pensamos na Reforma, devemos considerar que é necessária uma mudança ética e cultural dentro do campo da saúde. Arouca (1988) afirma:

As Ações Integradas de Saúde (AIS) eram consideradas estratégias para a implantação da Reforma Sanitária, mas a sua defesa não deveria representar nenhum empecilho para seu início (da Reforma). Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) são considerados como um passo fundamental para a Reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde. Ambos, porém, não devem ser confundidos com a Própria Reforma. (AROUCA, 1988 *apud* PAIM, 1997, p.15).

O Movimento Sanitário, no Brasil, significou a luta por uma saúde pública de qualidade e universal. Resignificou a saúde que, agora, passa a ser vista com um conceito ampliado, segundo o qual se compreende que a forma de vida e de trabalho que uma pessoa leva reflete o modo de adoecer e morrer dessa mesma pessoa. Entende-se que Saúde não é apenas a ausência de doença, mas um conjunto de determinantes sociais, como moradia e saneamento básico.

Mas foi apenas a partir da Constituição Federal, de 1988, que, na letra do artigo 196, a saúde passou a ser um “direito de todos e dever do Estado”. É importante ressaltar que isso não se deu de forma linear: houve uma forte disputa entre os interesses privados e públicos, que existe até hoje. Para Mendes (1993), a Constituinte foi um espaço de negociação que culminou na incorporação de conceitos da prática hegemônica, mas com a lógica da Reforma Sanitária.

A Constituição de 1988 instituiu o SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080, de 1990, que o define, no Art. 4º, como “o conjunto de ações e serviços públicos de

saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Ele foi construído num momento de muita agitação política – se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização, nos anos 1980, favoreceu o debate político, na área da saúde, que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; por outro, nos anos 1990, a concretização dos princípios do SUS seria continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001 *apud* NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

É a Lei Orgânica da Saúde (LOS - Lei 8.080/1990), que regulamenta o SUS; é a partir daí que a saúde passa a ser vista como um direito social, atributo da cidadania. Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos pela LOS, em seu Art. 7º, são:

- Universalidade de acesso, em todos os níveis de assistência;
- Igualdade de assistência na saúde, sem preconceitos ou privilégios;
- Integralidade da assistência;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo (regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde).

O SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Ele é um novo modelo de atenção e integra atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A lei também garante a complementaridade do setor privado, determinando que, quando os serviços do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial de toda a população, pode-se recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada. O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas, também, por uma ampla rede de serviços privados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados, nas duas últimas décadas.

## 2.2 Saúde Pública: uma visão crítica e ampla

A saúde é um campo de luta de classes; ela tem caráter social, econômico e político. É importante que esses aspectos sejam sempre lembrados pelos profissionais de saúde, e também pelos usuários da saúde pública brasileira. Ter essa clareza nos permite ter uma visão mais crítica da realidade. Embora a saúde seja um dever do Estado, ela é gerida a partir de interesses econômicos e políticos.

A saúde é um direito humano fundamental, reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Segundo a LOS, em seu artigo 3º, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população

expressam a organização social e econômica do país. Vaistman vai mais longe, afirmando:

A existência da saúde, que é física e mental – está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras [...]. É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer – ou da sua ausência, por exemplo – do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases [...]. (VAISTMAN, 1992 *apud* PAIM, 1997, p.17).

A saúde tem caráter histórico e social. Segundo Laurell (1982), a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. O autor argumenta: “A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana.” (LAURELL, 1982, p 137).

Para Laurell (1982), deve-se buscar a explicação das doenças não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos. Dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostram condições de saúde distintas, o tipo de patologia varia de acordo com os grupos sociais.

Segundo Conti, a análise histórica mostra como as necessidades das classes dominantes, que se expressam como se fossem as mesmas necessidades da sociedade em seu conjunto, condicionam um ou outro conceito de saúde e doença. Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença



explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista. (LAURELL, 1982, p. 149).

Essa mesma autora dirá que outra importante forma de comprovar os aspectos sociais das doenças é estudando as condições coletivas de saúde de sociedades diferentes em um mesmo momento histórico.

[...] o estudo do processo saúde-doença coletiva, desta forma, enfatiza a compreensão do problema da causalidade, pois que, ao preocupar-se pelo modo como o processo biológico ocorre socialmente, em consequência readquire a unidade entre “a doença” e “a saúde”, dicotomizada no pensamento médico clínico. (LAURELL, 1982, p. 154).

O conceito médico-clínico compreende a doença como um processo biológico, e o processo biológico não revela, de imediato, o social. O caráter social do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente mais claro no âmbito da coletividade que do indivíduo (Laurell, 1982).

Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico. (SILVA, 1973, *apud* PAIM, 1997, p. 13).

Vaitsman (1992, *apud* PAIM, 1997) faz uma crítica ao chamado “conceito ampliado de saúde”, pois diz que este se restringe à concepção de saúde como

resultado das formas de organização da produção. E afirma que, embora a saúde seja também determinada pelas relações entre as classes, existem outros aspectos de muita importância como o gênero, idade, cor.

### 2.3 A subversão da universalidade na saúde

Na década de 1980, o Brasil viria a passar por um momento de grande agitação política devido à luta pela redemocratização do país, após anos em regime ditatorial. De acordo com Bravo (2010), este período foi um tempo de enfraquecimento das políticas sociais, a saúde passou a ser vista como mais uma forma de lucrar, assim como as outras políticas sociais também; a medida adotada pelo governo era a do privilegiamento do produto privado.

Contudo, se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização, nos anos 1980, favoreceu o debate político na área da saúde, o que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; por outro lado, nos anos 1990, a concretização dos princípios do SUS seria, sucessivamente, tensionada por várias barreiras estruturais e conjunturais. Evidenciava-se a existência de dois projetos em disputa: um, que advogava a saúde pública, no sentido universalizante defendido pela Reforma Sanitária; e outro, assentado numa perspectiva privada ou mista (parcerias público-privadas). Por isso, pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados, nas duas últimas décadas. (BRAVO, 2010).

As funções do Estado brasileiro se redimensionaram, nos anos 90, do século XX. As forças ideológicas e políticas atuantes nas atividades econômicas do capitalismo são reproduzidas por este redimensionamento e passam a influenciar a dinâmica das políticas sociais, como a política de saúde. Tornou-se necessário repensar a política econômica; e, com isso, as relações de produção também se modificaram.

No Brasil, ocorreu uma “socialização da dívida externa”, embora a maior parte da dívida tenha sido contraída pelo setor privado; de acordo com Behring (2008), cerca de dois terços foi estatizada. O Consenso de Washington<sup>7</sup>, estabelecido em 1989, foi o marco internacional que representou a saída para a crise, com repercussões para toda a América Latina; nele, definiram-se quais seriam os procedimentos para que os demais países pudessem implementar as reformas de Estado indispensáveis para o desenvolvimento desse modelo. Segundo Fiori (1996, *online*).

As propostas estão no pacote das reformas estruturais, que foram chamadas em algum momento de reformas institucionais e, em alguns países, de reformas condicionais. Quais são? Primeiro, desregulação dos mercados, sobretudo o financeiro e o do trabalho. E isso já foi feito em quase todos os países da América Latina. Segundo, privatização, de preferência selvagem. Terceiro, abertura comercial.

Essa reforma gerencial do Estado se fundamentou na existência de uma crise do Estado e teve suas ações direcionadas para a privatização, o ajuste fiscal, a liberalização comercial, tidos, naquele momento, como ações inevitáveis para a inserção e a adequação do país ao comércio mundial, à mundialização do capital.

---

<sup>7</sup> Trata-se de um conjunto de medidas formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington D.C., como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional, a partir de 1990.

Para superar a crise do Estado, torna-se necessário superar a crise fiscal do Estado. A este cabe o papel suplementar de coordenação e não de intervenção, como em décadas anteriores, uma vez que se considera que o mercado é mais eficiente para oferecer serviços que o Estado.

Assim, o financiamento da Seguridade Social passou por uma série de ajustes fiscais, o que trouxe desdobramentos para o setor de saúde, principalmente por meio da introdução de formas de administração flexíveis, como as Organizações Sociais, as Cooperativas e as Fundações Estatais.

Para a dinâmica da acumulação do grande capital comandada pelas finanças, os equipamentos públicos formatados com base no acesso universal e que, recíproca e contraditoriamente, respondiam ao preceito fordista do consumo em massa, da circulação da moeda e da luta da força de trabalho por melhores condições de vida e trabalho, tornaram-se obsoletos. (GRANEMANN, 2007, p.58).

Segundo Fiori (1997), o liberalismo sempre foi radicalmente contrário à busca de um maior grau de igualdade entre os indivíduos e grupos sociais, pela via de uma intervenção pública orientada pelo princípio da universalidade ou da igualação dos resultados. Sempre levantaram o tema da igualdade social, mas somente enquanto condições de partida iguais; desta forma, ignoram-se as diferenças de cada indivíduo e entre indivíduos.

Os velhos como os novos liberais nunca se preocuparam muito em discutir mais aprofundadamente a questão de como responder ao problema concreto de que nas sociedades reais, no ponto zero de suas reflexões, já existem imensas diferenças e desigualdades que nunca foram, ou serão corrigidas de forma a igualar as condições de partida para todos. (FIORI, 1997, p. 203).

O Estado deve garantir um mínimo aos cidadãos sem alterar, de fato, o funcionamento do mercado. Para Fiori (1997), os neoliberais fazem a mesma defesa

intransigente do individualismo, como outrora foi feita pelos liberais, além de levantarem o tema da igualdade social, mas sem realmente almejarem uma real reforma estrutural do Estado que permitisse a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Marx (1997) dirá que “o capital age, portanto, sem nenhum cuidado contra a saúde e a duração da vida do trabalhador, onde ele não é obrigado a tomar cuidado pela sociedade”; e onde o Estado realiza suas políticas, por uma série de intermediários, “numa simbiose entre o público e o privado, com a associação direta às multinacionais” (MARX, 1997 *apud* FALEIROS, 2000, p. 68).

#### 2.4 A ofensiva neoliberal e os desdobramentos para o princípio da universalidade na saúde

Atualmente, o SUS vem sendo minado pela falta de recursos, pela má qualidade dos serviços e pela privatização das instituições e dos serviços públicos de saúde.

A gestão dos serviços de Saúde, no Brasil, vem sendo assumida pelas fundações de apoio, pelas cooperativas, organizações não governamentais (ONG), as sociais (OS) e as da sociedade civil de interesse público (Oscip). Essas entidades particulares, por meio de parcerias, criaram e passaram a administrar um fundo próprio com recursos recebidos do Sistema Único de Saúde (SUS), como demonstrou Santos (2007) numa entrevista sobre o tema. Elas compõem o conjunto de empresas de responsabilidade social, o denominado terceiro setor, que está substituindo os serviços públicos estatais, no Brasil; para a estudiosa, o país sempre tolerou o

convívio quase promíscuo entre o *público* e o *privado*. Segundo a autora, as medidas impostas a partir da proposta de Reforma do Estado, liderada por Bresser-Pereira, na segunda metade da década de 1990, criaram um espaço rentável para o setor privado, estimulando o seguro-saúde e consolidando a precarização dos serviços públicos, tornando-os seletivos e focalizados. Para ela, na década de 1990, “configurou-se uma agenda política que substituiu a universalização de direitos por políticas de distribuição para aliviar e não mais combater a pobreza” (SANTOS, 2007, p. 15).

Obedecendo à orientação do Banco Mundial, o Plano Bresser, adotado em 1995, propôs que o Estado deixasse de ser produtor de serviços na área de políticas públicas sociais para ser agente estimulador, coordenador e financiador. O governo passou a abrir novos mercados e a transferir poupança pública para a iniciativa privada a um custo/benefício extremamente desvantajoso ao setor público e com qualidade inferior. (SANTOS, 2007, p.15).

Esse complexo “sócio-estatal-empresarial-financeiro”, para Faleiros (1995), tem três efeitos principais: a socialização dos custos, a privatização dos lucros e uma elitização, ou exclusão das massas, do acesso aos serviços mais avançados, reproduzindo as desigualdades sociais.

Um dos exemplos mais claros e atuais das contrarreformas do Estado neoliberal a favor das empresas privadas, dentro da saúde pública, é a crise dos Hospitais Universitários Federais (HUF). A privatização tem sido justificada pela suposta má gestão pública destes hospitais.

Trata-se de uma das estratégias do capital para garantir os interesses privados. A proposta se apresenta de forma extremamente superficial, na medida em que não propõe debates para uma real análise da questão das crises dos HUs, ignorando a falta de investimento por parte do governo e todos os outros fatores que, de fato,

alteram o funcionamento dessas unidades de saúde. Há uma despolitização dos conflitos que se dão nessa esfera.

Para assumir a gestão dos hospitais universitários, foi criada, por meio da Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que rompe com a autonomia universitária e transforma o patrimônio público dos HUF em espaços que permitirão a venda de serviços de educação e pesquisa ao mercado. Transforma a educação e a saúde em atividades econômicas, ou seja, mercadorias, implantando uma gestão condizente com objetivos mercantis e não de promoção de saúde e educação de qualidade, além de afetar diretamente o princípio da universalidade da saúde, uma vez que a privatização limita o número de atendimentos públicos realizados.

Em uma entrevista ao jornal da Associação de Docentes da Universidade Federal Fluminense (ADUFF) sobre as principais consequências da adesão dos hospitais universitários à EBSERH, Granemann (2012) ressalta que do ponto de vista das universidades federais, a privatização significa mais um passo em direção à sua destruição, fundamentando sua análise no seguinte texto:

A formação profissional, a pesquisa, a extensão serão realizadas em uma instituição distinta e, talvez, antagônica à universidade pública. Trata-se de uma empresa, vocacionada e regida por uma lógica diversa daquela do ensino, da produção do conhecimento e de sua aplicação. Na lei e nos vários documentos já publicados pelo Estado brasileiro relativos à EBSERH, expressa-se com clareza [...] a escolha da lógica do lucro para comandar a empresa. (GRANEMANN, 2012, *online*).

Está em curso “uma intervenção sobre o funcionamento das universidades nunca antes vista em tempos de vida democrática no país” (GRANEMANN, 2012,

*online*); o que se encontra em jogo são as instâncias democráticas e autônomas da vida acadêmica das universidades federais.

Do ponto de vista dos trabalhadores dos hospitais universitários, a privatização significa profundas mudanças. Para Granemann (2012), a centralidade do trabalho é alterada:

[...] ao invés de atendimento aos trabalhadores pobres e de formação qualificada da força de trabalho em saúde e educação, temos deslocada a centralidade do trabalho para o atendimento dos lucros. Isto imporá aos trabalhadores novas formas de relação com seu trabalho: os contratos passarão a ser regidos pela CLT, o produtivismo ditará os ritmos do atendimento e, neste horizonte, as teorias de humanização dos procedimentos hospitalares serão submetidos a medições de tempos e quantidades típicas da fábrica fordista. (GRANEMANN, 2012, *online*).

Ainda segundo a professora e pesquisadora Granemann (2012), os hospitais universitários federais são, hoje, em todas as regiões do país, as instituições públicas de saúde mais desenvolvidas e que possibilitam o acesso aos trabalhadores mais empobrecidos da sociedade brasileira.

Com os “contratos de gestão”, a assistência à saúde, gratuita aos pobres e a qualquer cidadão, é incluída em uma escala de prioridades e quantidades em cada instituição, explica Granemann (2012). Sendo assim, podemos pressupor que, com a privatização dos HU, os trabalhadores pobres são os que terão reduzidas as suas possibilidades de serem tratados por alguns dos mais bem qualificados profissionais do país, de maneira gratuita.

Serão os trabalhadores pobres mais uma vez preteridos nos bons serviços de atendimento à saúde e à educação, mesmo que sejam os que sustentam pelo seu trabalho e pelos impostos que recolhem ao Estado, os HU e as universidades federais. (GRANEMANN, 2012, *online*).



Daí, podemos concluir que, conforme indicava Santos (2007), são estes mesmos contratos de gestão que garantem que as dotações orçamentárias sejam destinadas às organizações sociais, criadas pela Lei nº 9.637, de 1998, sem qualquer consideração sobre o processo de descentralização previsto na Constituição Federal. A pesquisadora acrescenta, ainda, que o fato é que mesmo a gerência do setor vem sendo, há mais de uma década, transferida à iniciativa privada.

A Frente Contra Privatização da Saúde elaborou um *Manifesto de Repúdio à proposta do Governo Federal de Subsidiar os Planos Privados de Saúde*, em que “repudia as ações adotadas pelo Governo Federal em conceder subsídios aos planos privados de saúde, buscando universalizar o acesso à saúde através de planos e seguros privados, e não através de serviços públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013, *online*).

De acordo com esse MANIFESTO..., uma notícia divulgada, no dia 27 de fevereiro de 2013, pelo jornal Folha de São Paulo, a própria Presidenta vem negociando com grandes empresas que atuam no mercado de planos privados de saúde concessões de benefícios, como a redução de impostos, novas linhas de financiamento e outros subsídios à expansão do seu mercado. Vale observar que a maioria dessas empresas é total ou parcialmente gerida pelo capital estrangeiro.

A privatização, a tecnificação da prestação de serviços é acompanhada por uma profissionalização contínua, por uma dominação de certos grupos de profissionais que, por sua vez, introduzem a produção de serviços sofisticados, tecnificados e, portanto, vinculados às empresas multinacionais e financeiras. (FALEIROS, 1995, p. 69).

De fato, essa relação intrínseca entre a esfera pública e a esfera privada se evidencia nos programas governamentais de proteção social universal, “seja

fragmentando os meios de consumo coletivo, seja franqueando ao capital a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso da Saúde e da Previdência, via mercados de seguros”, tal como apontou Santos (2007, p. 14). Não coincidentemente, esta constatação levou a investigadora a concluir que os investimentos que faltam na área social estão destinados ao pagamento da dívida pública, que é uma das exigências do Banco Mundial.

Por isso, a reação contrária dos trabalhadores e dos movimentos defensores da reforma sanitária à criação dessas empresas (EBSERH) foi explicitada no *Manifesto* (FRENTE..., 2013). Nele reside a crítica à proposta de universalizar o acesso à saúde das pessoas por meio de planos e seguros privados, e não de serviços públicos no âmbito do SUS.

Isso nos permite entender porque as reformas impostas pelos organismos multilaterais “estão assentadas na adoção de fundos sociais de emergência e de programas compensatórios para os mais pobres em detrimento das reformas universalizadoras.” (SANTOS, 2007, p. 15).

Fica claro que, ao se expor os serviços públicos à competição internacional, atinge-se inteiramente a universalização dos direitos sociais. Portanto, ao tratar a saúde como mercadoria, o princípio constitucional do direito à saúde de caráter universal acaba sendo irremediavelmente comprometido. Sobre isso, Santos (2007 p. 15) explica tratar-se de um “processo de mercantilização dos bens e conseqüente desmonte da universalidade dos direitos sociais”.

Já, de acordo com dados fornecidos pelo *Manifesto* (FRENTE..., 2013), há um crescimento no número de usuários de planos de saúde de 34,5 milhões, em 2000,

para 47,8 milhões, em 2011, tendo o Brasil se tornado o segundo mercado mundial de seguros privados, perdendo apenas para os Estados Unidos da América.

Na prática, o que se constata é que essa política de privatização da saúde, certamente, não corresponde aos interesses da maioria dos cidadãos brasileiros, tendo em vista que sistemas de saúde controlados pelo mercado são caros, não são universais e colocam os usuários dos serviços à mercê dos lucros, e que, nesta mesma lógica, passam a ser tratados como mercadorias.

Se o SUS hoje não responde aos anseios populares por uma saúde universal de qualidade de acordo com a Constituição de 1988 não é pelas deficiências do modelo, mas porque os governos não alocam recursos suficientes, não cumprem a legislação e porque a democracia, expressa no controle da sociedade sobre o sistema de saúde, não é respeitada. (FRENTE..., 2013).

Isso quer dizer que a atuação governamental tende a tornar absolutos os aspectos racionalizantes da Reforma Sanitária, “minando, dessa forma, sua base política, imprescindível para que esse processo transcenda os limites administrativos.” (FLEURY, 1988, *apud* PAIM, 1997).

O fato é que, como mostrou Paim (1997), a Reforma Sanitária não tem como se consolidar de fato, se confinada aos limites de uma reforma administrativa setorial na qual a lei, simplesmente, estabeleça a organização do SUS. É preciso deslocar a ênfase das questões dos serviços e da gestão de saúde para as condições de saúde dos cidadãos e de seus determinantes. Também é de suma importância a realização da crítica às práticas sanitárias e aos conceitos médicos hegemônicos sobre saúde que, muitas vezes, reduzem seus determinantes.

Atualmente, o SUS vem sendo minado pela falta de recursos, pela má qualidade dos serviços e pela privatização das instituições e dos serviços públicos de

saúde. As consequências do neoliberalismo para a política de saúde são avassaladoras, ao fomentar: o vínculo ao mercado; o estímulo ao seguro privado; a privatização da produção de serviços; a descentralização dos serviços em nível local; a ampliação da terceirização e da privatização – transferência das unidades públicas de saúde ao setor privado.

O caráter histórico e social da saúde torna emergenciais as suas questões. Sendo assim, quando tratamos da privatização da saúde pública, referimo-nos a um quadro muito mais complexo do que apenas a uma questão burocrática e, ou, técnica. É inegável que os aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos da nossa sociedade interferem diretamente na formação e na constituição de cada homem e mulher que nela vivem, assim como nas possibilidades de vida de cada um.

Tal constatação levou-nos a refletir sobre a importância de uma saúde universal e de qualidade, para todos os indivíduos. Já que acreditamos que a despesa com saúde é um investimento nas condições de vida da população e que esta é uma política imprescindível, ao passo que se articula e tem implicações em outras áreas de desenvolvimento do país. Isto quer dizer que, em nossa opinião, a saúde deve estar voltada para a vida e para o bem-estar de cada cidadão e não para o consumo/mercado.

De fato, como analisou Santos (1979, p.76), a violação da ordem democrática, em 1964, colocou em recesso a dimensão democrática da cidadania brasileira com medidas que levaram

[às] cassações de mandatos e de direitos políticos que se seguiram, a extinção dos partidos políticos, em 1966, o fechamento de diversas associações civis e a intervenção maciça nos sindicatos evidenciaram a desorganização provocada no que já havia de complexificação social do país. (SANTOS, 1979, p. 76).

O autor ainda acrescenta que, nesse período, a sociedade brasileira voltou

[a] um estágio quase que pré-organizado, política e socialmente, na exata medida em que os partidos políticos que vieram a substituir os antigos nenhuma participação efetiva possuíam na administração do governo, e em que os sindicatos eram mantidos sob severa vigilância, bem como as entidades estudantis, entre outras. (SANTOS, 1979, p.76).

Santos (1979) observa que o controle sindical e o controle do salário profissional foram as formas autoritárias encontradas para compatibilizar os objetivos de acumulação acelerada, a modernização tecnológica da economia e o baixo nível de investimento educacional.

Outro aspecto a ser destacado são os avanços da perspectiva marxista que incorpora a visão da totalidade nas análises das políticas sociais e junta a essas pesquisas a centralidade e a relevância da luta de classes. Com esse ponto de vista, recorreremos às análises de políticas sociais de Pastorini (1997), para quem a captura da complexidade de um fenômeno social só é possível se compreendermos os vínculos entre política e economia. Segundo ela,

A perspectiva marxista entenderá as políticas sócias como mecanismos de articulação, tanto de processos políticos, que visam o consenso social, a aceitação e legitimação da ordem, a mobilização/ /desmobilização da população, a manutenção das relações sociais, a redução de conflitos, etc. quanto econômicos, procurando a redução dos custos de manutenção e reprodução da força de trabalho, favorecendo a acumulação e valorização do capital etc. (PASTORINI, 1997, p. 87).

Isso quer dizer que, tratando-se de políticas públicas, a expressão “concessão-conquista” é um binômio usado por muitos para explicá-las. Porém, ele é ambíguo e não completamente fiel à realidade social. Por ser composto por dois conceitos excludentes – em que o termo “concessão” se refere ao fato de uma pessoa doar algo

a outra por sua livre escolha, e “conquista”, ao fato de tomar algo à força de outra –, podemos dizer que se trata de um binômio não dialético.

Mesmo em se tratando de um binômio não dialético, sua utilização, nas análises das políticas sociais, colaborou muito para o desenvolvimento das pesquisas ligadas a elas. Sendo assim,

[...] incorpora-se ao panorama os setores trabalhadores e as classes subalternas como atores sociais como iniciativas, e não mais como meros beneficiários passivos da caridade pública, introduzindo também, nestas análises, as perspectivas das lutas de classes e da totalidade. (PASTORINI, 1997, p. 95).

A perspectiva marxista incorpora às análises das políticas sociais um elemento substancial: a relação entre sujeitos, entre atores protagonistas. No entanto, essa relação não pode ser pensada unilinearmente, já que não são as classes subalternas as que “conquistam” e o Estado aquele que “concede”, mas que, em todas e cada uma das políticas sociais, existem aspectos de “conquistas”, tanto dos subalternos quanto do Estado e das classes hegemônicas. Por outro lado, ao mesmo tempo em que o Estado e as classes dominantes “concedem”, os setores subalternos também o fazem (PASTORINI, 1997, p. 96).

As consequências do neoliberalismo para a política de saúde é avassaladora; citaremos algumas, a seguir: a saúde fica vinculada ao mercado; ocorre a refilantropização, por meio da utilização dos agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos; há o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais do SUS; verifica-se a omissão do governo federal na regulamentação e na fiscalização das ações de saúde em geral; constata-se o afastamento do princípio de integralidade, separando o SUS

em hospitalar, por um lado, e básico, por outro; introduz-se a remuneração por produção; crescem o estímulo ao seguro privado, a privatização da produção de serviços e a descentralização dos serviços em nível local; constata-se ampliação da terceirização e da privatização – transferência das unidades públicas de saúde ao setor privado.

Sendo assim,

Considera-se necessário, na atual conjuntura brasileira, construir uma pauta entre os diversos sujeitos sociais preocupados com a Política Pública de Saúde em torno de questões que possam resgatar o Projeto de Reforma Sanitária na sua totalidade e, não apenas, ficar restrito no Sistema Único de Saúde que, como afirma Neto (1987) é apenas estratégia de um projeto mais amplo de ampliação dos direitos sociais na direção da democracia de participação alargada. (BRAVO, 1999, p. 32).

Segundo Bravo (1999), para viabilizar a democratização na saúde sugere-se o aprofundamento do controle social, visando à construção de uma esfera pública de saúde, ressalta ainda algumas estratégias para que este objetivo seja atingido: democratização das informações relativas à saúde; realização de encontros populares de saúde e, ou, pré-conferências; rearticulação dos Conselhos Comunitários de Saúde e, ou, fóruns Populares; implantação ou rearticulação dos Conselhos Gestores de Unidades; mobilização das entidades dos profissionais de saúde para participarem dos Conselhos; elaboração de Planos de Saúde com participação dos sujeitos sociais; mobilização e, ou, iniciativas para modificar a composição dos Conselhos não paritários; articulação entre os Conselheiros representantes dos usuários e profissionais de saúde. E para que essa estratégia obtenha resultados positivos, é necessário o desenvolvimento de análises teóricas sobre a saúde (BRAVO, 1999).

A Lei nº 8.142, de 1990, com o objetivo de concretizar a diretriz do SUS de participação da comunidade, estabelece duas importantes instâncias: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), a existência dessas instâncias é coerente com pelo menos três ideias principais:

1) a necessidade de concretização o controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhada com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar em círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo). (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 451).

Os conselhos de saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, devendo os usuários constituir no mínimo metade dos conselheiros. Têm como atribuições formular as estratégias e o controle da execução das políticas de saúde e se reúnem uma vez por mês.

As conferências de saúde contam com a participação da sociedade paritária a dos representantes do governo, dos profissionais de saúde, prestadores de serviços, podendo ser municipais (acontecem a cada dois anos) ou estaduais (acontecem a cada quatro anos). Têm como objetivo a definição de diretrizes gerais para a política de saúde e se reúnem de quatro em quatro anos.

A consolidação do SUS, no contexto atual, requer enfrentar uma série de desafios que exigem profundas mudanças estruturais e estratégias de longo prazo. É preciso lutar pela garantia da saúde como direito de cidadania.



## 2.5 Contribuições do Serviço Social para a saúde pública no Brasil e os desafios da atualidade

Como já vimos, na década de 1980, o Brasil viria a passar por um período de crescente mobilização social em torno da luta pela redemocratização do país, após anos em regime ditatorial. Tanto na saúde como no Serviço Social há um processo de mobilização interna, no sentido de uma reorganização da direção teórica, sobre o debate sobre as políticas sociais, o Estado e a interlocução com o marxismo.

Na saúde, é importante ressaltar, o Movimento pela Reforma Sanitária, que surgiu, no país, na segunda metade da década de 70, do século passado, e tinha uma forte base conceitual e produção teórico-crítica. Ela foi resposta a um movimento pela redemocratização e tratou de colocar em evidência os condicionantes de classe nessa área, mostrando que, na saúde, não há neutralidade. Este movimento a politizou e representou uma crítica ao modelo médico-hegemônico de saúde e ao capitalismo (BRAVO, 2010).

O marco das mobilizações dos anos 1980, na área da saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Ela reuniu mais de quatro mil pessoas e contou, pela primeira vez, com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país e dos representantes da Reforma Sanitária. Defendiam-se três aspectos fundamentais: o conceito ampliado de saúde; a universalidade; e a transição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) para o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual, em 1988, foi instituído pela Constituição Federal (artigo 196) e regulamentado pelas leis nº 8.142 e nº 8.080, de 1990. Foi a partir desse momento que a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado.

Na década de 1970, o Serviço Social, também, passava por um processo de redefinição da direção teórica da profissão. O marco histórico dessa transformação veio, em 1979, por meio do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, conhecido como o “Congresso da Virada”. Nesse período, a vertente de “intenção de ruptura” com o conservadorismo profissional ganha espaço, e passa-se a pensar uma nova postura para a profissão.

Durante a década de 1980, esse movimento ganha força na categoria profissional e, em 1990, se consolida mediante a construção coletiva do Projeto Ético-político profissional e o reconhecimento do papel do Assistente Social de garantir o acesso a direitos. Foi dentro dessa conjuntura de lutas sociais e políticas pela ampliação e garantia de direitos sociais que muitos Assistentes Sociais se aproximaram da luta pela saúde pública (BRAVO, 2010).

Sendo assim, ainda que não houvesse, ou haja, uma ligação intrínseca entre movimento interno da saúde e o do Serviço Social, verifica-se, na produção teórica do Serviço Social, que “há uma relação entre o Projeto Ético-político e o da Reforma Sanitária, principalmente nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípio”. (BRAVO, 2007, p.130). Entretanto, há uma divergência entre a continuidade do Movimento de Reforma Sanitária e o projeto de renovação do Serviço Social, na década de 1990:

O Projeto Ético-político do Serviço Social continua seu processo de fortalecimento nos anos noventa, face à resistência das entidades da categoria e sua articulação com os profissionais da academia, havendo um adensamento da teoria social crítica, ou seja, da tradição marxista, para pensar a profissão, apesar de já se identificar a reação a esta concepção. O projeto de Reforma Sanitária teve maior dificuldade face à conjuntura e à desmobilização das suas principais entidades. O pacto de unificação foi a defesa do SUS que, entretanto, não abrange toda a proposta da Reforma Sanitária, apesar da sua importância. (BRAVO, 2007, p. 131).

A partir disso, podemos concluir que mesmo a instituição do SUS pela Constituição, de 1988, não foi suficiente para garantir a plena efetivação de seus princípios. E que, apesar de muitos avanços e conquistas, ainda resta uma série de desafios a serem superados na saúde pública, como a questão do princípio da universalidade, que vem sendo desestruturado na medida em que o Neoliberalismo inviabiliza um robusto financiamento para as políticas sociais e facilita a entrada do capital privado nessa área.

Dentro dessa retórica, podemos observar, como uma das barreiras à garantia da universalidade na saúde, a questão do financiamento, justamente por se tratar de uma área que envolve interesses políticos e econômicos. Conforme procuramos demonstrar, uma discussão atual que exemplifica essa problemática trata da crise dos Hospitais Universitários Federais. Ela evidencia os limites do financiamento da saúde, pelo governo federal, assim como a falta de concursos públicos pela via do RJU. Porém, a alternativa apresentada é burocrática e técnica e tem como consequência a despolitização da discussão, facilitando, assim, a introdução de ajustes fiscais.

De acordo com Iamamoto (1998), a desqualificação do Estado tem sido a pedra-de-toque do privatismo da *ideologia neoliberal*. Trata-se, conforme demonstrou Netto (1993, p. 81), da defesa do “Estado mínimo” que pretende, fundamentalmente, “o Estado máximo para o capital” Dessa forma, justifica-se a privatização da saúde pública como melhor alternativa para ampliar a qualidade dos serviços de saúde. No caso dos HUF, a estratégia utilizada é passar a gestão desses hospitais para a EBSEH; além disto, a participação da comunidade universitária e de usuários é restrita, impossibilitando a realização efetiva do necessário controle social. Sara Granemann (2012), em uma entrevista ao Jornal da ADUFF, afirma:

[...] os Hospitais Universitários Federais são hoje em todas as regiões do país as instituições públicas mais desenvolvidas e que possibilitam o acesso aos trabalhadores mais empobrecidos da sociedade brasileira. Com os “Contratos de Gestão” que alteraram o universo de “serviços” dos HUF, a assistência à saúde, gratuita aos pobres, não desaparecerá: será incluída em uma escala de prioridades e quantidades em cada instituição. A razão é que a empresa de direito privado, como também prestará serviços para além dos presentes nas políticas sociais, reduzirá a atenção aos usuários pobres porque também disputará no mercado a prestação de serviços privados (dos convênios de saúde às pesquisas para as transnacionais de medicamentos e equipamentos hospitalares). (GRANEMANN, 2012, *online*).

Não parece convincente, portanto, aguardar o “Grande Dia” em que seria declarada, finalmente, a implantação da Reforma Sanitária. Muito menos esperar que todos os objetivos perseguidos resultem ações concretas a partir das práticas teórica, política e ideológica do movimento sanitário. Se o triado da Saúde Coletiva é o conhecimento, a consciência sanitária e a organização do movimento e as três faces da luta contra hegemônica são o saber, a ideologia e a prática política. (FLEURY, 1988 *apud* PAIM, 1997, p.16).

O Conselho Consultivo Social utiliza o termo “sociedade civil” para garantir a representação dos interesses dos cidadãos que necessitam do serviço público de saúde, mas não garante a supremacia do “controle social”. O que pode ser compreendido no trecho abaixo:

[...] ‘sociedade civil’ é o mais abrangente dos termos cunhados pelo liberalismo em uso em nosso país pelos últimos governos, cumpre observar que este conceito cabe desde as representações do capital, da força de trabalho, das ONG e de tantas outras formas representativas de interesses privados. Tem-se, então, um severo rebaixamento do que se defende no SUS como controle social. (BRAVO; MENEZES; OLIVEIRA; PEREIRA, 2008, p. 48).

A gestão pública da saúde é desempenhada por vários entes governamentais e não governamentais, requerendo a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de negociação e representação dos interesses da sociedade para que estes sejam atendidos. Sendo assim, “cabe aos gestores assumirem a liderança da negociação política voltada para o processo decisório, característica das sociedades

democráticas, em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS” (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2008, p. 445).

No que diz respeito às conferências de saúde, elas também têm papel importantíssimo na garantia do controle social, uma vez que “elas têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde” (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2008, p. 452), devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos, além de contar com ampla participação da sociedade e com a representação dos usuários paritária a dos demais segmentos, incorporando, assim, uma das principais características da democracia.

Na agenda da Reforma Sanitária Brasileira, a diretriz de descentralização esteve sempre atrelada a valores mais abrangentes, sendo concebida como uma estratégia para a democratização e a incorporação de novos atores sociais (Teixeira, 1990) e também como elemento fundamental para a universalização, a integralidade e a construção do próprio sistema de saúde, implicando o estabelecimento de novas relações entre níveis de governo, entre instituições e entre serviços (Viana, 1995). (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2008, p. 454).

Reside, aí, um dos principais desafios para que se viabilize a democratização da saúde em direção às conquistas sociais necessárias. Ou seja, no aprofundamento do controle social, em que seja possível elaborar uma esfera prioritariamente pública de saúde.

Em face desse desafio, propõe-se o desenvolvimento de análises teóricas sobre a temática, bem como a realização de assessoria aos conselheiros de saúde e entidades que constituem forças potenciais de transformação nessa nova ordem política brasileira (BRAVO, 1999).

Do nosso ponto de vista, entendemos que embora esta assessoria aos conselheiros seja uma possível estratégia para enfrentamento dos desmontes das políticas sociais frente ao Estado neoliberal, não cremos que ela seja um possível transformador da sociedade. As grandes proporções e a complexidade com que o capitalismo vem se desenvolvendo não podem ser enfrentadas apenas com medidas pontuais e com uma dimensão tão pequena. Para nós uma transformação societária de proporções tão grandes só pode acontecer com a organização coletiva dos trabalhadores.

Essa autora, em um estudo sobre a saúde no Brasil, na década de 1990, parte do pressuposto de que

Só o aprofundamento da democracia e a mobilização dos movimentos organizados da sociedade brasileira poderão fazer face ao neoliberalismo que naturaliza a questão social, enfocando-a de forma individual, personalizada e focalista. (BRAVO, 1998, *apud* BRAVO, 1999, p. 32,).

Com este objetivo, Bravo (1999) propõe algumas estratégias para que o controle social se consolide na Saúde. Dentre elas, destacam-se:

- Democratização das informações relativas à saúde;
- Realização de encontros populares de saúde e/ou conferências;
- Rearticulação dos Conselhos Populares de Saúde e/ou Fóruns Populares;
- Implantação ou rearticulação dos Conselhos Gestores de Unidades;
- Mobilização das entidades dos profissionais de saúde para participarem dos Conselhos;
- Elaboração de Planos de Saúde com participação dos sujeitos sociais;

- Mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos Conselhos não paritários;
- Articulação entre os Conselheiros representantes dos usuários e profissionais de saúde.

Segundo Lima, Machado e Noronha (2008), é importante ressaltar que o princípio da descentralização é um tanto complexo, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre níveis de governos, frequentemente antagônicos na disputa política.

Depreende-se que a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil suscita desafios importantes em termos de coordenação federativa. (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2008, p. 445).

A diversidade regional do Brasil é um dos principais desafios para a consolidação do SUS, é necessária a superação das desigualdades em saúde, respeitando-se a tanto diversidade local quanto regional. A saúde, portanto, é uma questão relativa ao direito de cidadania.

Porém, Lima, Machado e Noronha (2008) ressaltam que a descentralização não garante por si só o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas. A consolidação do SUS envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais, profundas e estratégias de longo prazo.

Devemos nos manter atentos às questões que envolvem a profissionalização do Serviço Social, que não se relaciona decisivamente à “evolução da ajuda”, à “racionalização da filantropia” nem à “organização da caridade”; mas que se vincula diretamente à dinâmica da ordem monopólica; de acordo com Netto (2011, p.74),

[...] a emergência profissional do Serviço Social é, em termos histórico-universais, uma variável da idade do monopólio; enquanto profissão, o Serviço Social é indivorciável da ordem monopólica – ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social.

De acordo com Netto (2011), o processo pelo qual o Estado burguês enfrenta a “questão social” se expressa por meio das políticas sociais. Para o autor, essas políticas sociais,

[...] como conjunto de procedimentos técnico-operativo, requerem, agentes técnicos em dois planos: o da sua formulação e o da sua implementação. Neste âmbito está posto o mercado de trabalho para o assistente social: ele é investido como um dos agentes executores das políticas sociais. (NETTO, 2011, p. 74).

Embora o Serviço Social não desempenhe funções produtivas, “ele se insere nas atividades que se tornaram acólitas dos processos especificamente monopólicos da reprodução, da acumulação e da valorização do capital.” (NETTO, 2011, p. 76).

Embora a profissão não se dedique, preferencialmente, ao desempenho de funções diretamente produtivas, podendo ser, em geral, caracterizada como um trabalho improdutivo, figurando entre os falsos custos de produção, participa, ao lado de outras profissões, da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução no seu conjunto, integrada como está à divisão social e técnica do trabalho. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p.86 *apud* NETTO, 2001, p. 76).

O arcabouço ideo-político do Serviço Social não escapa ao jogo de forças ideo-políticas que percorre a ordem burguesa, afirma Netto (2011).

Em sua profissionalidade, revela-se congruente com as exigências econômico-sociais da ordem monopólica: sua intervenção desenha um aporte ao desempenho do Estado burguês e do comando do capital monopolista para a reprodução das condições mais compatíveis com a lógica da valorização que se põe neste marco. (NETTO, 2011, p. 79).



Contudo, Netto (2011) elucida que a mesma estrutura desta profissionalidade contém possibilidades que oferecem diversas margens para movimentos alternativos no seu interior. Afirma, ainda, que o Serviço Social pode desincumbir-se das suas tarefas contemplando diferencialmente os vários protagonistas sócio-históricos em presença.

Ante o exposto, entendemos que é de fundamental importância a articulação entre os princípios ético-políticos do Serviço Social e os da Reforma Sanitária, no sentido de identificar os principais desafios da saúde, no Brasil, e desenvolver novas estratégias-de intervenção na realidade.

Tendo em vista os princípios fundamentais do Serviço Social e a liberdade como valor ético central da profissão acreditamos que a categoria profissional tem muito a contribuir na luta pela construção de uma nova sociedade, com novos valores e princípios, onde não mais o capital seja o centro mas sim todos os sujeito políticos que a compõe. Os assistentes sociais trabalham diretamente com as demandas sociais, que são expressões das manifestações da questão social, onde eles recebem tais demandas e podem estudar e compreender seu viés político, desculpabilizando os sujeitos, lhes democratizando informações a respeito de seus direitos enquanto cidadãos e elaborando estratégias de resistência quanto a persistente tentativa de desconstrução dos direitos sociais já garantidos. Desta forma, a profissão articulada com o movimento de outras categorias profissionais pode fortalecer um novo ideal de sociedade, desenvolvendo novas estratégias de intervenção na realidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos, ao longo do nosso trabalho, que as políticas sociais se encontram em um campo de tensão entre burguesia e proletariado; por isso, não podemos vê-las como medidas más ou boas em si mesmas. Elas representam o binômio “concessão-conquista”, onde se, por um lado, o Estado se vê pressionado a conceder alguns benefícios às classes trabalhadoras, por outro, é a organização política deste grupo que constrói este espaço de conquistas. As políticas sociais surgem com o objetivo declarado de minimizar as mazelas sociais que emergem com o capitalismo.

Vimos, também, que as políticas sociais se ampliaram e se consolidaram durante o *Welfare State*, embora tenham surgido como mecanismos de controle das classes trabalhadoras pelas classes capitalistas. Mesmo não tendo vivido um Estado de Bem-Estar Social, o Brasil sofreu suas influências e, desta forma, as políticas sociais se fortaleceram. O que antes era visto apenas como “favor” dos políticos para o povo passava, agora, a incorporar uma dimensão de “direitos sociais”.

Porém, a partir da década de 1990, o neoliberalismo ganha força, no Brasil, e vai atingir diretamente estas políticas públicas conquistadas ao longo de tantos anos. Um desmonte das políticas sociais será iniciado: a perda da dimensão de direitos, a focalização e a privatização crescerão, e logo ocorrerá uma reestruturação destas políticas. As conquistas populares sofrerão um forte bombardeamento por parte das medidas neoliberais, que governam para o capital.

Estudamos que essa ofensiva neoliberal atingiria em cheio a política de saúde pública brasileira, na qual viriam a ocorrer uma grande privatização e sua

fragmentação. O SUS viria a ser minado pela falta de recursos, pela má qualidade dos serviços e pela privatização das instituições e dos serviços públicos de saúde.

Para nós, o investimento estatal na política pública de saúde é extremamente necessário para que todos os sujeitos possam exercer plenamente sua cidadania. É esta consciência política de “cidadania”, associada ao seu exercício, que permitiria uma transformação da sociedade para a construção de um novo projeto societário, onde não haveria classes – uma sociedade baseada em um ideal de igualdade social entre todos os sujeitos.

A partir daí, acreditamos que o profissional de Serviço Social tem grande importância para esse processo, já que trabalha na garantia ao acesso a direitos, tendo um compromisso ético-político com uma sociedade mais justa e igualitária. Desta forma, ele tem importante papel no processo de luta por esta nova sociedade – aqui, chamamos a atenção, em especial, para sua importância na luta da construção de uma saúde pública de qualidade para todo cidadão, na identificação dos principais desafios e das melhores estratégias para que isso ocorra. Além de ser importante agente de socialização de informações, onde tais informações auxiliam no processo de consciência política dos sujeitos. Fortalecendo, desta forma, os ideais de liberdade e autonomia política de cada um, e estimulando uma compreensão da sociedade a partir do viés da luta de classes.

Tudo o que foi anteriormente falado tem forte dimensão política. As demandas por uma saúde universal e de qualidade, como acesso irrestrito a todos os tratamentos necessários para a saúde democratizados, atendimento humanizado, equidade e igualdade em todas as unidades de saúde, dentre tantas outras demandas por saúde, devem ser pensadas sempre num viés da “luta de classes que permeiam a sociedade capitalista” (Pastorini, 1997, p. 91). E este fato é de grande importância para

pensarmos na construção de uma nova sociedade. Por isso, acreditamos que o capital busca, incessantemente, diluir a dimensão política dos fatos, com a finalidade de enfraquecer os sujeitos políticos e sua enorme força política. É só a partir da consciência de sua força política que tais sujeitos podem se organizar, elaborar e construir um novo projeto societário e, por fim, uma nova sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica Maria T.; GRANEMANN, Sara. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 12 n. 2 p. 161-169, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n2/05.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 29 ago. 2014.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18.055. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 01 set. 2014.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 nov. 1990, p. 25.694. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998. [Conversão da MPv nº 1.648-7, de 1998]. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 maio 1998, p.8. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm). Acesso em: 15 set. 2014.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de

Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun. 2011, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO). MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília (DF): MARE, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis** [Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social]. São Luís, ano VII, n. 13 [Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios], p. 121-150, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde na década de 90: Projetos em disputa. In: **Superando Desafios** – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, 4. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE/Serviço Social, 1999.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo; OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento; PEREIRA, Débora de Sales. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Rede Sirius; ADUFRJ-S.Sind., 2008.

BRAZ, Marcelo; NETTO, José Paulo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

CAVALCANTI, Ludmila. F.; ZUCCO, Luciana. P. Política de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. (Org.). **Serviço Social e Políticas Sociais**. 2.ed., Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS) 7ª Região – RJ. Assistente Social: Ética e Direitos – **Coletânea de leis e resoluções**. 5.ed. atualizada. Rio de Janeiro: CRESS-RJ, 2008.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *welfare state*. [Trad. Dinah de Abreu Azevedo]. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 86-116, Set. 1991.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FALEIROS, Vicente. Os desafios do serviço social na era da globalização. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 61, p. 153-187, Nov.1999. Acesso em: 12 jul. 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. São Paulo: Globo, 2005.

FIORI, José Luís. **Os moedeiros falsos**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FIORI, José Luís. **O Consenso de Washington**. [Palestra]. Rio de Janeiro: Centro Cultural Banco do Brasil, 04 set.1996. Patrocínio da Federação Brasileira de Associações de Engenheiros – FEBRAE. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/direitosglobais/textos/consenso\\_w.htm](http://www.dhnet.org.br/direitos/direitosglobais/textos/consenso_w.htm)>. Acesso em: 01 jun.2014.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Manifesto de Repúdio à Proposta do Governo Federal de Subsidiar os Planos Privados de Saúde**. Brasília (DF), março de 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/manifesto-de-repudio-proposta-do.html>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

GRANEMANN, Sara. “Sara Granemann analisa e denuncia a privatização dos Hospitais Universitários”. Entrevista ao **Jornal da Associação de Docentes da Universidade Federal Fluminense – ADUFF**. Niterói (RJ), 15 nov. 2012. Disponível em: <<http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=376>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

GRANEMANN, Sara. **Políticas sociais e financeirização dos direitos do trabalho. Em Pauta** [Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ], Rio de Janeiro, n. 20, p.56-68, 2007. Disponível em: <<http://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/159/184>. Acesso em: 02 jul. 2014.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IANNI, Octavio. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização, 1979.

IANNI, Octavio. **A ideia de Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. [Trad. E. D. Nunes do original *La salud-enfermedad como proceso social*]. **Rev. Latinoamericana de Salud**, Mexico, 2, p.7-25,1982. Disponível em: <<https://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 02 fev.2014.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde - SUS / Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia [et al.]. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008, p.435-472, mapas, tab, graf.

MASSON, Fátima de Maria. **Ideologia e prática na Saúde: a questão da Reforma Sanitária**. 2007. 165f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de serviço Social. Rio de Janeiro, 2007.

MEDEIROS, M. **A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990**. Brasília, DF: IPEA, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e construção da hegemonia neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1993, p.19-91, ilus. (Saúde em Debate, 55).

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro. Hipóteses sobre a nova exclusão social. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. **Cad. CRH.**, Salvador, n. 21. p. 29-47, jul./dez. 1994. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/include/getdoc.php?id=1177&article=315&mode=pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011.



NETTO, José Paulo. O Materialismo Histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, F. M. G. et al. **Estado e políticas sociais: Brasil – Paraná**. Cascavel (PR): Edunioeste, 2003.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 50, p. 87-132, abr.1996.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997, p.11-24.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v.18, n. 53, p. 80-101, mar.1997.

SANTOS, Cleusa. Gestão privada piora saúde no país. **Jornal da UFRJ**. Rio de Janeiro, ano 3, n. 30, p.14-15, dez. 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979,138 p.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**. São Paulo: Cortez, 1987, p. 1-53.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Faculdade de Educação. Grupo de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil". [Acervo digital]. **Obras de Marx e Engels**. Disponível em: <[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer\\_fontes/acer\\_marx/acervo\\_marx.htm](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/acervo_marx.htm)>. Acesso em: 06 jun. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Informação eBibliotecas. **Manual para elaboração e normalização de trabalhos de conclusão de curso**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011. Disponível em: <<http://www.sibi.ufrj.br/documentos/manual-tcc.pdf>>. Vários acessos em: 2014.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**. Brasília, ano II, n. 3, p. 33-40, 2001.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Legislação.**

[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)

<http://www2.planalto.gov.br/acervo/constituicao-federal>

<http://www2.planalto.gov.br/acervo/legislacao>

BRESSER-PEREIRA WEBSITE

<http://www.bresserpereira.org.br>

<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>

CONVERGÊNCIA – PENSAMENTO SOCIALISTA EM MOVIMENTO. Blogspot

<http://blogconvergencia.org/>

<http://blogconvergencia.org/blogconvergencia/?p=376>

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.

<http://www.contraprivatizacao.com.br>

<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/manifesto-de-repudio-proposta-do.html>

SciELO - *SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE.*

<http://www.scielo.org/php/index.php>

<http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>

<http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n2/05.pdf>

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ). Publicações. **Em Pauta** [Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ].

<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta>

[http://www.e-](http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/159/184)

[publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/159/184](http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/159/184)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). FACULDADE DE EDUCAÇÃO. GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS "HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL". Acervo digital das **Obras de Marx e Engels.**

<[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer\\_fontes/acer\\_marx/acervo\\_marx.htm](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/acervo_marx.htm)>

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Publicações: **Cadernos CRH**

<http://www.cadernocrh.ufba.br/>

<http://www.cadernocrh.ufba.br/include/getdoc.php?id=1177&article=315&mode=pdf>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Informação e Bibliotecas. Publicações. **Manual para elaboração e normalização de trabalhos de conclusão de curso.**

<http://www.sibi.ufrj.br/publicacoes.htm>

<http://www.sibi.ufrj.br/documentos/manual-tcc.pdf>.