

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



Reprodução Humana Assistida no Brasil: relação contraditória entre ampliação de direitos e o desmonte da saúde pública

MARIANA CRISTINA BINEZA MAIA

Rio de Janeiro

2015

MARIANA CRISTINA BINEZA MAIA

**REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA NO BRASIL: RELAÇÃO
CONTRADITÓRIA ENTRE AMPLIAÇÃO DE DIREITOS E O DESMONTE DA
SAÚDE PÚBLICA**

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

Orientadora:

Prof^ª Luana Siqueira

Rio de Janeiro

2015

Agradecimentos

À **Deus**, em primeiro lugar, por me guiar quando tudo parecia impossível.

Aos meus pais, **Valéria e João Sergio**, por todo o apoio que recebi desde sempre em todas as minhas decisões. Não foi fácil chegar até aqui, e com certeza eu não conseguiria sem vocês. Obrigada por me aguentarem nos momentos em que nem eu me suportava. Obrigada por existirem e por todos os ensinamentos que me passaram, por todos os esforços que fizeram e ainda fazem para que eu tenha sempre o melhor. Obrigada por tudo, amo vocês.

Ao meu irmão, **João Vitor**, que, apesar de haver momentos de discórdia e irritação, é alguém que eu posso confiar. Enquanto você cresce e aprende mais da vida, estarei sempre aqui pra você, meu irmão. Cuidarei de você sempre que puder. Te amo.

À minha afilhada, **Bella**, que é a luz da minha vida e me alegra nos momentos mais difíceis. Tão pequena e tão forte. Minha guerreira, que veio para nos trazer esperança. Mesmo sem compreender ainda, saiba que você influenciou muito para eu estar aqui hoje. Te amo demais, minha pequena!

À minha avó, **Rosa**, que está sempre comigo, mesmo quando é nela que eu desconto minhas frustrações do dia-a-dia. Você é muito guerreira, minha avozinha! Um dia terei tantas histórias para contar quanto a senhora. Obrigada pelo seu amor e carinho. Amo você.

À minha vó **Elza**, obrigada por toda a ajuda e carinho que sempre me deu. Espero que a senhora possa se orgulhar de mim! Obrigada, amo a senhora!

Às queridas amigas que a UFRJ me deu: **Nanda, Lidi, Pri e Jô**. Sempre muito importantes pra mim, que ganharam meu coração rapidamente. Obrigada por tudo, minhas lindas. Por todos os momentos bons e alguns tristes pelo caminho. Obrigada, principalmente, por formarem esse grupo tão eclético, mas que se completa, sem julgamentos e com muito amor. Amo vocês!

Aos demais amigos da turma **UPUÉ**, que foi a melhor turma com que a UFRJ poderia ter me presenteado. E aos demais amigos que fiz pela graduação: **Mary, Camilinha, Nívia, Rosi**. Obrigada por toda a força!

Aos amigos que tanto amo, e que sempre estiveram comigo, mesmo quando eu não podia estar com eles. **Val, Lu, Pinho, Caio, Carla, Larissa, Nath** (desculpe se esqueci alguém), obrigada pelo carinho de sempre! Amo vocês.

Às queridas **Maryjane, Suely, Cintia, Tássia, Andreia, Leslye**, minhas supervisoras de estágio. Quero expressar minha gratidão pela oportunidade de trabalhar na equipe de Serviço Social da Maternidade-Escola da UFRJ. Obrigada por esses dois anos de muito aprendizado e carinho. Espero poder ser uma profissional tão competente quanto vocês.
Obrigada!

Aos professores **Gustavo Repetti e Gláucia Lelis**, que aceitaram fazer parte da minha banca de TCC. Agradeço em especial ao professor Gustavo, que teve grande participação para que eu conseguisse estar aqui hoje. Obrigada!

Por fim, quero agradecer imensamente à minha orientadora, **Luana Siqueira**, que me pegou pelo meio do caminho, quando eu estava completamente perdida, e me colocou “nos eixos”. Serei eternamente agradecida pela enorme paciência e carinho que teve comigo. Sem você eu não conseguiria! Muito, muito obrigada. De coração. Grande beijo, Mariana.

AUTORIZAÇÃO

MARIANA CRISTINA BINEZA MAIA, DRE 108073773, AUTORIZO a Escola de Serviço Social da UFRJ a divulgar total ou parcialmente o presente Trabalho de Conclusão de Curso através de meios eletrônicos e em consonância com a orientação geral do SiBI.

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2015.

Mariana Cristina Bineza Maia

RESUMO

MAIA, M. C. B. **Reprodução Humana Assistida no Brasil: relação contraditória entre ampliação de direitos e o desmonte da saúde pública.** Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

A política social de saúde no Brasil vivencia atualmente um processo de grande desmonte, uma vez que as medidas de privatização se alastram, impedindo que um sistema de saúde público e universal seja possível. Na contramão dessa redução de investimento na seguridade social, há a Reprodução Humana Assistida, que apresenta avanços tecnológicos cada vez maiores. O presente trabalho tem como objeto analisar a importância que o Estado dá a esse direito à RHA – que, como um direito reprodutivo, deve ser entendido como parte dos Direitos Humanos –, nesse contexto de minimização de direitos. Através de análises de cunho bibliográfico, documental e empírico, este estudo demonstra que há uma inconsonância entre o avanço das técnicas de RHA e o investimento que o governo brasileiro dá ao ofertar tais técnicas no âmbito do SUS, dado que, como meio de fortalecer a privatização e aderir aos interesses do capital, os cortes no orçamento da saúde impedem que esta seja pública e universal para todos os cidadãos.

Introdução.....	9
1 Política Social no Brasil.....	12
1.1 Política Social e Direitos Sociais	12
1.1.1 Funções das Políticas Sociais no Capitalismo	16
1.1.2 Cidadania e Direitos Sociais	21
1.2 Política Social e Contexto Neoliberal: as perdas da Constituição Federal de 88 frente ao Neoliberalismo.....	23
1.2.1 O Neoliberalismo	23
1.2.2 A Contra-Reforma do Estado Neoliberal	26
Focalização das Políticas Sociais	28
1.3 Perdas na política de saúde frente ao Neoliberalismo	29
1.3.1 Implicações da Contra-Reforma do Estado na política de saúde	29
Organizações Sociais (OSs)	30
Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)	32
Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs)	33
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	34
2 Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Reprodutiva e Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)	36
2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	36
2.1.1 Perdas na Saúde com o Neoliberalismo: Projetos em Disputa.....	38
2.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos, Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar	41
2.2.1 Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos	42
A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher	45
2.2.2 Direitos Reprodutivos em Legislação Constitucional	47
2.3 Planejamento Familiar no Brasil.....	49
2.3.1 Trajetória histórica do Planejamento Familiar	50
2.4 Reprodução Assistida	55
2.4.1 Motivações Sociais Para a Procriação.....	55
2.4.2 Reprodução Humana Assistida (RHA) e Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)	56
Medicalização Social e Reprodução Humana Assistida.....	57
3 Os Efeitos da Contra-Reforma Neoliberal sobre o Financiamento da Saúde Pública e na Garantia do Direito à Reprodução Humana Assistida.....	60
3.1 Políticas Públicas em Reprodução Assistida	60

3.2 Fundo Público e orçamento das políticas sociais em saúde.....	63
3.2.1 Financiamento do SUS.....	65
3.3 O subfinanciamento da seguridade social na Contra-Reforma do Estado Neoliberal	67
3.3.1 Transferência de recursos para a Saúde	68
Considerações finais	74
Referências	79

Introdução

O presente trabalho tem como objeto analisar a importância que o Estado dá ao direito à Reprodução Humana Assistida – que, como um direito reprodutivo, deve ser entendido como parte dos Direitos Humanos –, em um contexto de minimização de direitos e retração estatal. O interesse pelo objeto surgiu pelo motivo de que ele não é amplamente discutido na Escola de Serviço Social e, por se tratar de uma técnica de saúde de alta complexidade, se encaixa como um serviço de saúde que deveria ser garantido pelo Estado a toda à população que dela necessite.

Este trabalho trata a temática da política de saúde no contexto brasileiro, dada sua importância e relevância para o Serviço Social, se constituindo como uma grande área de atuação profissional. A Saúde está incluída no tripé da Seguridade Social, que também é composta por Assistência Social e Previdência Social. A Seguridade Social representa um dos maiores avanços no que se refere à proteção social e às conquistas da classe trabalhadora, e está garantida no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 representando o empenho em afirmar e ampliar os direitos sociais a todos os cidadãos brasileiros.

Nessa concepção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências. (CFESS, 2010, p.15)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído com base no projeto de Reforma Sanitária, o qual defende a garantia de direitos sociais e a universalização das políticas sociais. No entanto, atualmente o SUS está muito longe de ser aquele que se encontra na Constituição. Seu caráter universal não se efetivou, uma vez que ele é direcionado apenas à camada da população que não pode pagar pelos serviços privados.

Refletir sobre a importância que o Estado dá a essas técnicas e como ele disponibiliza o acesso, num contexto de desmonte da saúde pública e da Seguridade Social como um todo,

é o objetivo. Esse desmonte se dá por conta da Contra-Reforma do Estado, que começou no início da década de 90 e continua em curso; e pelo projeto em disputa com o da Reforma Sanitária, o projeto articulado ao mercado ou privatista. Tal projeto tem como objetivo que o Estado garanta um mínimo aos que não podem pagar, e que o setor privado absorva o atendimento daqueles que têm acesso ao mercado.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, o atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. (CFESS, 2010, p.19)

O trabalho parte da hipótese de que, ao mesmo tempo em que há o avanço das técnicas de reprodução assistida, há o retrocesso na política de saúde com o Neoliberalismo, o que não permite o acesso da maior parte da população a essas técnicas.

Para a realização do trabalho foram necessárias análises de cunho bibliográfico, documental e empírico. Assim, o desenho metodológico utilizado se caracteriza por uma combinação entre: leitura de textos e legislações; conhecimentos obtidos em disciplinas da graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e noções adquiridas no campo de estágio da Maternidade-Escola da UFRJ.

Este trabalho então se divide em três capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo será analisado brevemente o conceito de Políticas Sociais e suas funções na sociedade capitalista, assim como a noção de direitos sociais. Em seguida será contextualizado o Neoliberalismo na Contra-Reforma do Estado brasileiro nos anos 90, e as perdas que se sucederam a isto, com a Constituição Federal de 88 e a focalização das políticas sociais, principalmente as implicações na política de saúde.

Já no segundo capítulo trataremos mais especificamente sobre o SUS, o que ele significou para a saúde no Brasil, continuando sob a perspectiva sobre o que se perdeu com a

Contra-Reforma do Estado e os projetos em disputa que fragmentam cada vez mais as políticas sociais. Em seguida veremos o que são os direitos sexuais e reprodutivos, sob a ótica dos Direitos Humanos e sua legislação. Também conheceremos a trajetória do planejamento familiar no contexto brasileiro e seu constante vínculo ao controle de natalidade. Enfim chegaremos à Reprodução Humana Assistida (RHA), o que é e quais são as intituladas Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), que se constituem como área da saúde de Alta Complexidade, sua origem no processo de Medicalização Social e qual a importância e necessidade de filhos para o social e para o capital.

As medidas do governo para garantia do direito à reprodução assistida, como vertente do direito ao planejamento familiar serão mais profundamente analisadas no capítulo três; assim como as dificuldades a serem enfrentadas e como esta questão se encaixa na sociedade neste contexto de Contra-Reforma do Estado Neoliberal e desmonte da saúde pública. Também será abordado o Fundo Público e o orçamento e financiamento da saúde, de baixa e média/alta complexidade.

Por fim, as considerações finais trazem um resgate dos pontos elencados ao longo do trabalho, com breves reflexões sobre o assunto discutido e a relevância do assunto abordado para os profissionais de Serviço Social e para os profissionais de saúde como um todo.

1 Política Social no Brasil

Neste primeiro capítulo vamos entender o que são as Políticas Sociais e suas funções na sociedade capitalista, assim como o conceito de direitos sociais. Em seguida será contextualizado o Neoliberalismo na contra-reforma do Estado brasileiro nos anos 90, e as perdas que se sucederam a isto, com a Constituição Federal de 88 e a focalização das políticas sociais, principalmente as implicações na política de saúde.

1.1 Política Social e Direitos Sociais

O início do presente trabalho exige uma análise das chamadas *políticas sociais*. Entende-se que estas só existem no contexto de sociedade capitalista, fundada na exploração da força de trabalho pela classe dominante, em que esta se aproveita de tais políticas para satisfazer as necessidades básicas, para controlar as classes subalternas. Porém, segundo Vieira (1992), existem diversos métodos para se estudar as políticas sociais, e cada qual acarreta diferentes entendimentos de seu significado.

É necessário compreender que, quando se analisa pelo ponto de vista liberal, a política social tem o objetivo de suprir as necessidades não consideradas pelo mercado capitalista, e esta noção não pode ser desligada de alguns conceitos como o de história, de política e de Estado. O método utilizado pelo liberalismo é o chamado funcionalismo, que converge para a concepção evolucionista, onde a vontade dos homens nada influencia na história, sendo esta um processo natural, linear e progressivo. No ímo deste pensamento está a política social como uma atuação compensatória, equilibrante e normalizadora, onde o Estado busca satisfazer determinadas necessidades, reduzindo a desigualdade produzida pelo mercado capitalista. (Vieira, 1992, p. 30)

Já a análise materialista, esclarecendo-se que aqui se refere ao materialismo histórico e dialético, que segue os conceitos de história, política e Estado da concepção socialista; indica que a política social é parte da estratégia de dominação da burguesia sobre a classe

trabalhadora, no sistema de desigualdade que é a economia de mercado. Desta forma, é sinalizado que a política social colabora no funcionamento do capitalismo, na medida em que é estratégia capaz de conservar a desigualdade social. (Vieira, 1992)

A partir daqui, seguiremos pela perspectiva do marxismo contemporâneo, onde o método crítico-dialético estabelece a análise das políticas sociais como processo e resultado das complexas e contraditórias relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil, nessa esfera de conflitos e luta de classes em que se estrutura a produção e reprodução do capitalismo. (Behring & Boschetti, 2006, p. 36) Entende-se, então, que uma ótica unilateral ou restrita não é o ideal para a explicação do surgimento, da função ou das implicações da política social. Muitas vezes tais análises limitam-se a debater a eficácia e a eficiência delas sobre a “resolução dos problemas sociais”, sem que se importe em discutir sua inviabilidade de garantir justiça social e equidade no capitalismo.

Como exemplos de visões unilaterais estão aquelas que inferem a eclosão de políticas sociais como iniciativas exclusivas do Estado em resposta às demandas da sociedade civil e como medida para garantir sua hegemonia; e também aquelas que concebem sua existência unicamente como resultante da luta e pressão da classe trabalhadora.

Em ambas predomina uma visão do Estado como esfera pacífica, desprovido de interesses e luta de classe. Também são exemplares, nessa direção, as abordagens que, ao estudar os efeitos das políticas sociais, as compreendem apenas como funcionais à acumulação capitalista, tanto do ponto de vista econômico quanto político. Pelo ângulo econômico, as políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise. Pelo ângulo político, as políticas sociais são vistas como mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via da adesão dos trabalhadores ao sistema. (Behring & Boschetti, 2006, p. 37)

As análises unilaterais são empobrecidas e insuficientes, o que não quer dizer que sejam de todo equivocadas, uma vez que as políticas sociais de fato se configuram de tais modos. Porém, não exploram o bastante as contradições pertinentes aos processos sociais, o que causa o não-reconhecimento das políticas sociais como campo de lutas dos trabalhadores.

Pela perspectiva marxiana, o método é uma relação dialética entre sujeito e objeto que permite ao primeiro aproximar-se e apropriar-se das características do segundo. Sob esta ótica, o conhecimento não é absoluto, mas é possível assimilar as múltiplas determinações dos processos sociais construídos historicamente, uma vez que há a objetivação do ser social. Deste modo, a análise marxista não se atém a aspectos superficiais dos “fatos”, buscando a essência do fenômeno. Pautado nisso, é imprescindível que a análise das políticas sociais não seja superficial, que seja apreendido seu funcionamento essencial na sociedade burguesa. “Desse modo, as políticas sociais não podem ser analisadas somente a partir de sua expressão imediata como fato social isolado. Ao contrário, devem ser situadas como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência”. (Behring & Boschetti, 2006, p. 39)

Nessa perspectiva de que para a cognição da essência dos fenômenos é necessária a contextualização na realidade social em que se insere tal fenômeno em sua totalidade, é imprescindível que se pense a política social como processo social insculpido na sociedade burguesa, entendendo-se a sua múltipla causalidade e múltipla funcionalidade no contexto da *totalidade concreta*¹ como princípio que estrutura a realidade.

A dialética da realidade concreta não busca dominar todos os prismas da realidade, nem tenciona apresentar um panorama total da realidade, com todas as suas dimensões e especificidades. Decerto, apenas concebidos como parte de um todo dialético, os fatos podem expressar um conhecimento da realidade, de forma que não podem ser analisados como fatos isolados. Isto é, as políticas sociais não podem ser tratadas como fatos em si, mas sim como partes fundamentais da totalidade.

As dimensões histórica, econômica, política e cultural devem ser compreendidas como elementos da totalidade, essenciais para o estudo da política social, onde deve ser considerada

¹ “A totalidade concreta é um complexo constituído de complexos que se articulam, é um campo contraditório de forças que dá vida e movimento à essa totalidade e uma dimensão de processo, com o que se incorpora à dimensão fãustica (Goethe) da negação.” (Behring; Boschetti, 2006, p. 40)

sua múltipla causalidade. Historicamente, as políticas sociais surgiram imbricadas às expressões da Questão Social², sendo estas determinantes para sua origem e, dialeticamente, também sofrendo efeitos das políticas sociais. Economicamente, a política social se relaciona com as questões da estrutura da economia e a forma que esta afeta a vida da classe trabalhadora, de acordo com as determinações econômicas de dado momento histórico, onde se leva em conta as configurações do capitalismo e, conseqüentemente, das políticas sociais. Já politicamente, no contexto de luta de classes, é preciso que se considerem as posições tomadas por tais forças políticas; da atuação dos grupos constituintes das classes sociais, onde os interesses da classe em que se situam determinam suas ações, até o papel do Estado.

Todos esses prismas comentados acima devem ser compreendidos como elementos da totalidade que estão sobremodo imbricados e articulados. Isto posto, pode-se considerar como um prisma fundamental e orientador da análise a ideia de que o núcleo central da vida social é a produção, de modo que esta é inseparável do processo de reprodução no qual se insere a política social; tanto como estimuladora da mais-valia socialmente produzida, quanto como reprodução da força de trabalho. Assim, a política social sendo uma mediação no circuito do valor, exige que a teoria do valor-trabalho seja pensada para a sua contemplação. (Behring & Boschetti, 2006)

Levando em conta que no mundo do capital não existe a possibilidade de igualdade social, a política social não pode ser considerada como uma forma de solução da desigualdade inerente a essa configuração de exploração do capital sobre o trabalho, de *fetichismo da mercadoria*³, de escassez e miséria em contradição ao abastamento. No entanto, as políticas

²A expressão Questão Social, segundo Yamamoto, “diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos”. (2001, p.10)

³Fetichismo da mercadoria é um conceito fundamental em Marx, que trata do poder que as mercadorias exercem sobre as pessoas, coisificando as relações entre elas. Uma vez que tanto o

sociais são uma conquista civilizatória, e ainda é fundamental a luta em sua defesa; a defesa da cidadania, a qual inclui os direitos sociais e humanos.

1.1.1 Funções das Políticas Sociais no Capitalismo

No campo da política social é necessário considerar o movimento das forças sociais e da conjuntura. As políticas sociais não são medidas “boas” em si mesmas, como a classe dominante busca apresentá-las, e tampouco são medidas “más” em si mesmas, como alguns radicais de esquerda anunciam, dizendo que elas são instrumentos de manipulação e para disfarçar a exploração da classe operária. (Faleiros, 2000, p. 59-60) Ambas são concepções instrumentalistas e tecnicistas que não levam em consideração a realidade da exploração capitalista e da correlação de forças sociais.

Também já foi posto que “as medidas de política social só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessas mesmas estruturas” (Faleiros, 2000, p. 60), de forma que é necessário entender a dinâmica da relação entre o Estado e o processo de acumulação do capital para a compreensão dessas medidas.

De tal modo, a política social é uma forma de o Estado gerir a força de trabalho, de maneira a vincular os movimentos sociais e suas pressões com as formas de reprodução capitalistas para manter a ordem social. Segundo Faleiros (2000) as funções das políticas sociais, neste sentido, são a) as funções ideológicas; b) a contratendência à baixa tendencial da taxa de lucro; c) a valorização e validação da força de trabalho; d) a reprodução dinâmica das desigualdades; e) a manutenção da ordem social.

a) As funções ideológicas

A ideologia da normalidade infere que o indivíduo deve trabalhar para *normalmente* poder satisfazer a necessidades de subsistência pessoais e familiares. “O trabalho é o critério

próprio operário como o consumidor apenas se deparam com elas no mercado, não têm a consciência da dimensão do que a produção das mercadorias reflete em seu produtor. (Netto e Braz, 2007)

de vida normal para *viver bem*.” (Faleiros, 2000, p.63) As medidas de política social discriminam sua população-alvo por critérios de normalidade/anormalidade, onde aqueles que não conseguem essa vida normal com o salário que ganham são *anormais*, fracassados. Essa é a culpabilização das vítimas. Por exemplo, na esfera da saúde a doença passa a ser atribuída à falta de higiene pessoal e maus hábitos de alimentação.

As políticas sociais, configuradas como *aparelhos ideológicos do estado*⁴, têm a função de reproduzir as relações de exploração capitalistas, já que, ao mesmo tempo estigmatizam e controlam as classes subalternas, escondem da população os problemas causados pelo contexto global da sociedade.

Nesse processo de “disfarce”, atualmente há o discurso de “humanização”, onde é passado ao povo que as medidas sociais deixaram de ser repressivas.

(...) Fala-se da cidade humana, do hospital humano, de instituições humanas, de atendimento humano. Para isso, impõe-se um discurso humanizante para falar de uma realidade desumanizadora.

Essa ideologia da “humanização” dos serviços se manifesta no discurso da “preocupação” com os direitos humanos, com a valorização da pessoa, com a igualdade de oportunidades, com a melhoria da qualidade de vida, com a “dívida social”. (Faleiros, 2000, p.63-64)

b) Contratendência à baixa tendencial da taxa de lucro

Pelo ponto de vista da sociedade capitalista, o Estado garante a manutenção das condições gerais da produção e da reprodução do capital, ou seja, da acumulação capitalista. Desse modo, o Estado realiza os interesses gerais do capital assumindo em seu lugar os investimentos não rentáveis ao capital, que seriam os investimentos que demandam recursos acima da disponibilidade dos capitalistas. O Estado também

transforma recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, cria a infra-estrutura 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)

⁴Louis Althusser, “Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado” *apud* Faleiros, 2000.

Assim sendo, o que acontece é que tal intervenção do Estado engloba uma das contratendências à baixa tendencial da taxa de lucro. Sendo a crise capitalista causada por um excedente da superprodução de capital, o que leva a uma despesa improdutivo pelo Estado. Essas despesas “improdutivas” do Estado custam algo aos capitalistas (Cogoy *apud* Faleiros, 2000), e são por si só um dos processos para retardar a queda da taxa de lucro.

Porém, tais despesas “improdutivas” do Estado continuam a gerar mais-valia, na medida em que o trabalhador produz a mais-valia para o capitalista, que da extração e acumulação desta necessita para a valorização do capital. No entanto, a mais-valia social global “pode realizar-se enquanto capital e acumular-se, ou ser consumida sob a forma de bens de luxo ou de despesas públicas” (Faleiros, 2000, p.65-66).

As medidas de política social, então, sob esta ótica têm como função econômica mais do que o subsídio do consumo ou subconsumo para estímulo da demanda efetiva dos grupos e camadas excluídos do mercado, conforme interpretou Keynes. Elas servem como uma contratendência à baixa tendencial da taxa de lucro, uma vez que a crise capitalista não se constitui em subconsumo, mas em superprodução de capital e, portanto, de mercadorias. (Faleiros, 2000)

c) Valorização e validação da força de trabalho

Para realizar a valorização do capital, as políticas sociais, ao mesmo tempo em que mantêm a disciplina do trabalho e a insegurança do emprego – permitindo que o capitalista obtenha mão-de-obra barata e disciplinada –, também interferem “na valorização e validação da força de trabalho, como mercadoria especial, produtora de mais-valia e como sujeito de direitos no pacto da cidadania democrática” (Faleiros, 2000, p.70)

Essa valorização da força de trabalho se refere às políticas que permitem que o trabalhador volte rapidamente ao mercado de trabalho, para ser mantida a produtividade das indústrias. Isto se dá porque a situação de viver à custa de uma prestação de política social é

sempre temporária; o “salário” advindo dela é sempre inferior ao salário mínimo, o que estimula a volta ao trabalho; sem contar que as pressões sociais para que o beneficiado volte a trabalhar são muito fortes, e também o controle administrativo cada vez mais restritivo para evitar as fraudes.

O desenvolvimento das forças produtivas gera a chamada população excedente – ou Exército Industrial de Reserva (EIR) –, que é a parte da população que não está incluída no mercado formal de trabalho, e que é fundamental para o capital. Segundo Faleiros (2000), aqueles que fazem parte do EIR sobrevivem de programas sociais, trabalhos precários e informais, mendicância, e podem entrar numa vida de crime e violência.

A assistência social e o seguro social, vinculados a um discurso de valorização do homem, monetizam aqueles “excluídos” do mercado para solucionar a crise de superprodução e crises sociais de perturbação da ordem social. Essa monetização seria uma forma de validação social da força de trabalho de reserva.

d) Reprodução dinâmica das desigualdades

As políticas sociais, ao contribuírem para a reprodução da força de trabalho, também reproduzem a situação de classe e as desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista, e também o lugar ocupado pela classe trabalhadora no sistema produtivo. Isto se dá pelo sistema em que a política social está organizada, com sua realização institucionalizada de forma fragmentada, discriminatória e dominadora; e a prestação de serviços e dinheiro atrelados à própria manutenção da situação de classe.

Sendo assim, as instituições são instrumentos de “filtragem” da reprodução social e garantem as diferenças de classe, de modo que excluem e integram a força de trabalho tanto quantitativa quanto qualitativamente, em que a rede burguesa consome alta tecnologia, maior número de recursos e melhores profissionais; enquanto a rede da classe operária tem qualidade deteriorada e recursos limitados. (Faleiros, 2000)

Essa política concentradora e excludente de atendimentos mantém e reproduz os problemas, na medida em que faz com que os trabalhadores paguem a classe dominante para terem melhores serviços, mantendo assim a exploração. Segundo O'Connor (*apud* Faleiros, 2000), o Estado capitalista divide as despesas públicas de acordo com a realização de duas funções: acumulação capital e legitimação da ordem social.

As despesas com *capital social* servem para manter a acumulação enquanto as *despesas sociais* reforçam as funções de legitimação. As despesas de *capital social* referem-se à acumulação privada, consistindo em *investimentos sociais* (aumentam a produtividade da força de trabalho, como os parques industriais) e *consumo social* (rebaixam o custo da reprodução da força de trabalho, como os seguros sociais. A categoria *despesas sociais* tem como função a manutenção da harmonia social, servindo de legitimação do Estado, como a assistência social. (Faleiros, 2000, p.78)

Portanto, as despesas com as políticas de assistência social e outros serviços à população excedente acabam por favorecer a acumulação de capital, o que, por consequência, vem a legitimar o Estado.

e) Manutenção da ordem social

Segundo Faleiros (2000), o Estado é obrigado pela correlação de forças sociais a intervir como instrumento de acumulação de capital. A intervenção é por meio das políticas sociais, que se ampliam ou minoram de acordo com a conjuntura político-econômica. Por exemplo, em tempos de perturbação da ordem pública, os programas de assistência social tendem a se dilatar; enquanto em períodos de expansão do capital as políticas se retraíram para reforçar a disciplina do trabalho.

A acumulação capitalista depende da aceitação da ordem social para seu funcionamento. Ou seja, depende da ordem pública, da paz social e da integração, além da reprodução da força de trabalho. E isso é feito pela hegemonia e pela dominação, que não se fazem sem luta e consenso, concessão e imposição. (Faleiros, 2000) Assim sendo, a política social tem uma utilidade *política*, para conservação do poder político, da hegemonia, da

manutenção de um pacto social – manipulado, pois não foi negociado com as classes dominadas –, e é função do Estado, mas não instrumento do capitalista.

O Estado liberal (...) justifica suas políticas sociais com base na igualdade de oportunidades, no livre acesso dos indivíduos aos bens disponíveis, com pleno desenvolvimento de suas capacidades e de suas responsabilidades no mercado. O Estado está desobrigando, cada vez mais, de suas obrigações de garantia do bem estar coletivo e investindo também cada vez mais em repressão para conter a violência social que se desencadeia com o desemprego e as perdas das referências da cidadania social. (Faleiros, 2000, p.79)

Dessa forma, os problemas sociais se transformam de modo a garantir a manutenção da economia capitalista, exigindo a intervenção do Estado para manter a ordem social, a acumulação capitalista, “para exigir a submissão ou impor o aniquilamento das forças populares” (Faleiros, 2000, p.81).

1.1.2 Cidadania e Direitos Sociais

Quando se pensa em *cidadania*⁵, se pensa num conjunto de direitos e deveres de indivíduos que moram num determinado território e são submetidos a uma autoridade, representada na sociedade moderna pelo Estado Moderno, onde este deve garantir e proteger tais direitos. Desta forma, cidadania é uma relação entre o Estado e os cidadãos, que implica num conjunto de direitos para os cidadãos, onde este mesmo conjunto é um dever para o Estado. Ao pensar em direitos na sociedade moderna, são direitos civis, políticos e sociais, que são garantidos ao homem como direitos humanos. (Coutinho, 2005)

⁵ Essa concepção de cidadania como sendo direitos do cidadão e deveres do Estado é uma concepção moderna de cidadania, vinculada à ideia do Estado Moderno que surge após a Revolução Francesa, final do século XVIII e que se consolida no século XIX e assume originalmente a forma de Estado Liberal, Estado Regulador. No entanto, a ideia de cidadania vem desde antes da sociedade moderna, na sociedade grega, onde só era cidadão aquele que participava da polis grega, o que significava ter um vida ativa no governo da cidade-estado, o que significava poder governar, fazer leis, fazer cumprir as leis, cumprir funções públicas da administração da cidade-estado, ou seja, ter a possibilidade de tomar decisões políticas. Esta era a chamada cidadania ativa, restrita a um número limitado de cidadãos. Esse exercício é o que se conhece hoje como cidadania política, essa possibilidade de tomar decisões, discutir, debater, fazer as regras e fazê-las cumprir.

A ideia de cidadania na sociedade moderna remete ao pensamento de Locke⁶, que parte da ideia que o Estado se cria a partir do pacto entre os indivíduos que viviam no estado de natureza. Esses indivíduos nascem portadores de direitos naturais – à vida, à liberdade e à propriedade – e, numa sociedade de natureza, os direitos desses indivíduos correm o risco de não serem respeitados, serem perdidos e violados; por isso tais indivíduos decidem criar um pacto e, assim, a sociedade política, o Estado. No pensamento de Locke, esse Estado foi criado para proteger, ou tem como principal obrigação proteger os direitos naturais dos indivíduos, e esses direitos – que, para Locke, não são construídos ou conquistados, mas sim naturais – são individuais. Deste modo, não há direito coletivo, e os principais direitos reconhecidos por ele são os direitos civis.

No entanto, pelo ponto de vista de Coutinho⁷ (2005) os direitos não são naturais, ou seja, o indivíduo não nasce portador de direitos naturais, mas sim esses direitos são conquistados e historicamente construídos, como resultado da luta de classes; entendendo também que a propriedade privada não é um direito natural.

Quando se pensa no conceito de Direito Social, é importante considerar que tal conceito é burguês, o que significa que faz parte de um processo que emancipação política, e não de emancipação humana. Karl Marx, em seu ensaio “A Questão Judaica” (1843), vem a esclarecer que a emancipação política não coincide com a emancipação humana, pois há uma lacuna entre sociedade civil e Estado, em que a sociedade civil é o âmbito do individual, egoísta; enquanto o Estado é o âmbito ilusório da vida coletiva.

Analisando a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*⁸ e algumas Constituições americanas, Marx constata que nelas só estão referidos os direitos do homem egoísta e centrado na propriedade, sem qualquer consideração pelos outros; o que consagra a separação do ser humano em cidadão e homem.

⁶ John Locke, pai do Liberalismo e autor jusnaturalista.

⁷ Carlos Nelson Coutinho, autor Marxista-Gramsciano.

⁸ Documento culminante da Revolução Francesa em 1789.

Para Marx, o objetivo de emancipação humana só é possível de ser alcançado quando o caráter coletivo da vida dos homens seja real, o que faria a sociedade civil coincidir com a vida no Estado. Ao invés de serem vários indivíduos egoístas e em conflitos de interesses, que o homem individual recobrasse em si o ser abstrato e utilizasse suas forças como forças sociais, inserindo-se na circulação da espécie em seu trabalho e em suas relações. (Marx, 1843 *apud* Morão, 1989)

1.2 Política Social e Contexto Neoliberal: as perdas da Constituição Federal de 88 frente ao Neoliberalismo

Neste ponto serão analisados o Neoliberalismo e a Contra-Reforma do Estado brasileiro, suas implicações sobre as medidas de política social e as perdas sofridas com a Constituição Federal de 1988.

1.2.1 O Neoliberalismo

O neoliberalismo se apresenta nas décadas de 80 e 90 como forma de combate à nova fase de crise capitalista. Inicial e principalmente formulado por Hayek, o neoliberalismo tem princípios que devem ser avaliados em seu resultado geral, e não apenas em seus efeitos pontuais. (Siqueira, 2013, p.66)

Essa doutrina tem como objetivo o combate à regulação do Estado sobre o mercado e sobre as relações entre patrões e trabalhadores, defendendo que não há como tentar regular o trabalho. Ou seja, para Hayek, é natural a taxa de desemprego, e o estado não deve interferir ao tentar impedir o desemprego, pois, deste modo, está interferindo em algo natural e desorganizando a economia. (Leher *apud* Siqueira, 2013, p.67-68) Sobre as pessoas que vivem na pobreza e na miséria, Hayek limita-se a chamá-las de perdedores; não apenas por incompetência própria, mas também por azar. Sobre as políticas e serviços sociais, o neoliberalismo indica sua redução e assistencialização; e a assistência se torna emergencial e focalizada.

Sendo assim, a ideia de Hayek tem como eixo a retomada do Estado mínimo e do livre mercado, que significa a restrição do papel do Estado aos interesses do mercado, assegurando a propriedade privada e ações sociais pontuais, emergenciais e transitórias para aqueles não atendidos pelo mercado. Desta forma, a proposta neoliberal defende a Liberdade (formal)⁹ na concorrência desregulada do mercado; a oposição ao princípio da Igualdade¹⁰; a rejeição ao Direito Universal¹¹ e ação social emergencial do Estado¹².

Nos anos 90, o Brasil sofreu um processo de contra-reforma do Estado, implementando o ideário neoliberal, uma vez que essa contra-reforma foi orientada para satisfazer os interesses do capital. Enfatizando as privatizações e a previdência social, o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) desprezou as conquistas da CF de 88 no âmbito da seguridade social, acima de tudo.

E o que ocorreu nos anos 90? Vivenciamos naquela década, e principalmente a partir da instituição do Plano Real, em 1994, algo bastante diferente desse crescimento mal dividido e tão criticado desenvolvimentismo. Houve o desmonte (Lesbaupin, 1999) e a destruição (Tavares, 1999), numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital. Revelou-se, sem surpresas, a natureza pragmática, imediatista, submissa e antipopular das classes dominantes brasileiras. E foram medidas que, em alguns setores, fizeram com que o país evoluísse de forma inercial e, em outros, o fizeram permanecer no mesmo lugar ou até mesmo andar para trás, se pensamos nos critérios de Florestan Fernandes: a ruptura com a heteronomia e com o drama social. Houve, portanto, uma abrangente contra-reforma do Estado no país, cujo sentido foi definido por fatores estruturais e conjunturais externos e internos, e pela disposição política da coalizão de

⁹ Liberdade formal é a liberdade negativa, que se caracteriza pela ausência de impedimentos para que o indivíduo obtenha seus objetivos.

¹⁰ Igualdade na concepção liberal consiste na igual possibilidade de todos se inserirem no mercado. Portanto, como alguns se inserem como proprietários dos meios de produção e outros como meros vendedores de sua força de trabalho, há apenas uma grande desigualdade, dadas suas condições iniciais.

¹¹ Tanto o liberalismo clássico quanto o neoliberalismo defendem o individualismo e as decisões individuais. Assim, o direito seria resultado do reconhecimento de uma esfera individual regida por regras universais de conduta.

¹² “Para Hayek, portanto, o indivíduo deve prover seu sustento e satisfazer suas necessidades a partir das suas capacidades e de seu próprio esforço. Àqueles que fracassam no (livre) mercado, podem receber ‘ajuda’, ‘socorro’, tanto mediante a intervenção ‘compensatória’ do Estado, que emergencialmente assiste o indivíduo ‘em situação de risco’, como a partir da ação ‘solidária’ e ‘filantrópica’ de atores na sociedade civil (terceiro setor) ou das ditas empresas ‘socialmente responsáveis’.” (Siqueira, 2013, p.76)

centro-direita protagonizada pro Fernando Henrique Cardoso. Uma contra-reforma que foi possível a partir de algumas condições gerais, que precedem os anos 1990: a crise econômica dos anos 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país. (Behring&Boschetti, 2006, p.151-152)

Tal contra reforma teve como ponto central o ajuste fiscal e a política de privatização, o que teve legitimação por uma forte influência midiática. Os argumentos usados para a defesa das privatizações eram que assim seria possível atrair capitais para a redução da dívida externa, redução da dívida interna, melhoria da qualidade dos serviços, obtenção de preços mais baixos para os consumidores e fazer com que as empresas – que estavam sendo ineficientes sob o poder estatal – atingissem a eficiência econômica.

Segundo Behring & Boschetti (2006), a questão da privatização no Brasil contou com a entrega ao capital estrangeiro de significativa parte do patrimônio público, assim como com as empresas privatizadas não serem obrigadas a comprar seus insumos no Brasil. Isto causou um enorme desequilíbrio da balança comercial, desemprego, desmonte do parque industrial nacional e uma enorme remessa de dinheiro para o exterior.

A contra reforma estatal teve outro detalhe a se destacar: o *Programa de Publicização*, expresso na criação das organizações sociais e das agências executivas, assim como a regulamentação do Terceiro Setor como principal executor das políticas públicas. Assim, estabeleceu-se um Termo de Parceria com instituições filantrópicas e ONGs para implementação das políticas.

A essa nova arquitetura institucional na área social – sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade – se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário não remunerado. (Behring & Boschetti, 2006, p.154)

Este andamento que se deu à “reforma” estatal teve um impacto perverso sobre as políticas sociais, pois estas foram impedidas de serem implementadas de forma eficiente, dada o aumento da dívida pública e sua relação com a política econômica. Houve a tendência de

desresponsabilização pela política social, associada ao desapareço pelo padrão constitucional da seguridade social. Assim, há o trinômio neoliberal para as políticas sociais: *privatização, focalização/seletividade e descentralização*¹³ (Draibe, 1993 *apud* Behring & Boschetti, 2006, p.155); que se expandiu pelo Programa de Publicização. As políticas sociais, desse modo, tendem a ser pontuais e compensatórias direcionadas aos efeitos mais nefastos da crise, restringindo e reduzindo direitos.

1.2.2 A Contra-Reforma do Estado Neoliberal

Conforme visto, a partir da década de 90 o Brasil sofre uma reforma do Estado a partir da aprovação do *plano diretor*¹⁴ aprovado em 1995 e colocado em prática em 1996. Este plano diretor consistia em propostas e projetos de reorganização e reestruturação do estado brasileiro. Seu objetivo era pensar um Estado diferente do desenvolvimentista e regulador, e diferente também do Estado neoliberal, que era aquele em que é mínima a intervenção do Estado. A questão central desta proposta não era de diminuição do Estado, mas sim pensar em um Estado que tivesse uma intervenção diferente, não direta, onde ele não fosse o principal provedor de serviços, nem o principal regulador do desenvolvimento econômico, mas que mesmo assim fosse um Estado muito presente.

Considera-se como “reforma” algo vinculado à luta da classe trabalhadora e do movimento operário por mudanças e reconhecimento de direitos, vinculado ao ideário revolucionário socialista-progressista dos trabalhadores, que busca a mudança da ordem estabelecida, e também atendimento de suas necessidades. As políticas sociais são vistas como expressões de conquista dessa luta imbuída no ideário progressista-reformista em prol da melhoria da qualidade de vida, do reconhecimento dos direitos trabalhistas, entre outros.

¹³Em oposição ao partilhamento de poder entre as esferas públicas, a descentralização diz respeito à “transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas (...)” (Behring & Boschetti, 2006, p.156)

¹⁴Elaborado por Bresser Pereira, ministro da Administração e Reforma do Estado (MARE) no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

Dado isto, segundo Behring & Boschetti (2006), esta Reforma do Estado proposta por esse Plano Diretor é na verdade uma Contra-Reforma, pois vai contra os avanços obtidos no Brasil na década de 80, considerado um momento de luta pela democratização do Estado e da sociedade brasileira, onde os movimentos sociais foram grandes protagonistas do contexto social, em que trabalhadores e estudantes buscaram ampliar a presença do Estado e das políticas sociais.

Tal contexto social levou à aprovação da Constituição Federal de 88, considerada a mais avançada em relação às anteriores e principalmente considerada a mais progressista quando pensada em termos de direitos sociais, de proteção social baseada na seguridade social integrada que inclui assistência, saúde e previdência, e a incorporação da assistência como um direito de cidadania e obrigação do Estado. Os avanços materializados na Constituição Federal expressam, de certa forma, os anseios de um movimento que defendia um projeto denominado por alguns autores de democrático-popular, sendo eles expressos pelas leis complementares como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei Orgânica da Assistência, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei Orgânica da Previdência, que foram limitados e minimizados a partir dos anos 90, porque as conquistas entram em confronto.

Essa conjuntura dos anos 90 é considerada adversa e pouco favorável para colocar em prática aqueles preceitos estabelecidos pela Constituição Federal, principalmente aqueles considerados como avanço no quesito de conceber direitos que permitem um progresso da proteção social. Os projetos democráticos são colocados de lado, e nessa conjuntura tenta-se colocar um projeto conservador-corporativo, ou seja, um projeto vinculado ao ideário neoliberal que procura proteger os interesses do grande capital e não das classes populares.

O Estado, com a nova Constituição Federal, deveria se reformar para colocar as leis pertencentes a ela em prática, com medidas, entre outras, como a criação de instituições, a contratação de novos funcionários e profissionais, a mudança do sistema tributário para

arrecadação de recursos que permitissem a existência das instituições. Mas não foi isso que aconteceu no Brasil, não permitindo, assim, que a Constituição progressista saísse do papel e fosse colocada em prática. Ou seja, o Estado não se adaptou à Constituição Federal. O que foi feito foi buscar acomodá-la aos interesses corporativos do grande capital. Houve uma demora e uma busca por impedir que o processo constitucional fosse colocado em prática através de emendas parlamentares, e pela busca da reforma da Constituição. Por este motivo se refere como Contra-Reforma.

Essa contra-reforma no Brasil foi uma reação da elite dominante, principalmente da burguesia brasileira aliada ao capital internacional, aos movimentos sociais que conseguiram, nos anos 80, uma constituição federal mais progressista, que conseguiram que o Estado reconhecesse que deveria garantir os direitos. Assim, a burguesia não incorpora os interesses das classes trabalhadoras, pelo contrário, ela corta cada vez mais os seus direitos sociais, minimizando direitos trabalhistas e atendendo os interesses dos capitais nacionais e internacionais.

A contra-reforma trouxe conseqüências muito negativas para as políticas sociais, uma vez que estas foram direcionadas para uma política focalista, da privatização, e reproduzem uma dualidade discriminatória. Além disso, trouxe a reforma da política de previdência, onde houve o desmonte da proposta de Seguridade Social que havia na Constituição de 88. Deste modo, “seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro” (Bravo, 2007), de modo a fortalecer a ideia do trabalho.

Focalização das Políticas Sociais

A partir da Contra Reforma do Estado proposta pelo Banco Mundial, as políticas sociais tendem a sofrer: a) privatização, com a transferência da prestação de bens e serviços públicos para o mercado; b) focalização, em que gastos sociais são dirigidos a setores de extrema pobreza, com a conservação da esfera pública com o caráter mínimo, assistencial e

precário para aqueles que não podem recorrer ao mercado; c) descentralização da gestão do âmbito federal para estados e municípios sem contrapartida de recursos necessários, com participação de organizações não governamentais, comunitárias, filantrópicas e de empresas privadas (Correia, 2007).

Neste sentido, os conceitos de universalidade e igualdade de acesso aos serviços sociais não têm mais valor, uma vez que há o discurso de focalização, onde o acesso às políticas públicas não é mais permitido a todos, mas apenas àqueles que não têm meios de recorrer ao mercado.

1.3 Perdas na política de saúde frente ao Neoliberalismo

Aqui neste ponto o foco serão os efeitos da Contra-Reforma nas políticas sociais de saúde, o processo de desmonte do sistema público de saúde, num contexto em que seu caráter universalista não se faz presente e de fortalecimento das privatizações e da Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

1.3.1 Implicações da Contra-Reforma do Estado na política de saúde

A partir da segunda metade da década de 90, a política social de saúde vinha vivenciando uma grande disputa entre os projetos de Reforma Sanitária e o projeto privatista. Nesse contexto, o Estado brasileiro sofreu o movimento de Contra Reforma, o qual acarretou perdas substantivas na área de saúde, pois foi apresentado um elenco de processos relacionados diretamente com as recomendações externas do setor, que seriam, de acordo com Correia (2007): romper com o caráter universalista do sistema público de saúde; estimular a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde; e flexibilizar a gestão dentro da lógica custo/benefício.

Mesmo que o texto da Constituição Federal de 88 contivesse avanços no que diz respeito aos direitos sociais, o Plano Diretor da Contra Reforma do Estado vem retirar dele a

responsabilidade direta pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo tal responsabilidade para a esfera privada, e passando a ter como função promover e regular.

Apesar de declarar oficialmente a adesão ao Sistema Único de Saúde (SUS), constata-se que houve o descumprimento dos dispositivos constitucionais legais e uma falta de regulamentação e fiscalização das ações de saúde por parte do governo.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio de equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio de integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (Bravo, 2007, p. 14)

A tarefa do Estado no projeto de saúde articulado ao mercado é a garantia de um mínimo àqueles que não podem pagar pelo serviço no setor privado, e tem como principais propostas aquelas já aqui referidas: caráter focalizado, ampliação da privatização, descentralização dos serviços, estímulo ao seguro privado. Tendo como axioma conceitos individualistas e fragmentadoras da realidade, esse projeto contrapõe o caráter universal e coletivo do direito à política de saúde.

Deste modo, o sistema público de saúde fica encarregado de atender apenas àqueles que não têm como recorrer ao mercado, havendo um expressivo aumento das ofertas de planos de saúde privados e a grande privatização e repasse de serviços e recursos públicos para as Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIPs) – durante o governo FHC (1995 - 2003) –, e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – durante o governo Lula (2003 - 2010).

Organizações Sociais (OSs)

Pautado na proposta de descentralização de serviços a nível local disposta no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado elaborado pelo MARE, este traçou, em 1995, o

anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais (OSs). Estas viriam a ser englobadas no Brasil como meio de viabilizar e implementar políticas públicas. (Rezende, 2008 *apud* Nascimento, 2014)

Através da Medida Provisória nº1591 (1997), ficaram estabelecidos os critérios para que entidades da sociedade civil pudessem ser consideradas “parceiras do Estado”, dispondo a qualificação destas como organizações sociais. Em 1998 foi aprovada no Congresso Nacional, a Lei nº 9637/98 – conhecida como a “Lei das OSs” – que dispõe sobre a qualificação de entidades como OSs, além da criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por OSs. (Nascimento, 2014, p.78)

A lei 9.637, de 15 de maio de 1998, delibera sobre o *Programa Nacional de Publicização* e sobre a qualificação das OSs, que absorveriam as funções e atividades de outras entidades públicas, como a oferta de políticas sociais.

Desta forma, as OSs ficaram possibilitadas de realizar contratação de funcionários sem a necessidade de realização de concursos públicos, flexibilizando assim as formas de contratação; obter bens e serviços sem ordem de licitação, deixando brechas que facilitam o desvio do tesouro público; e não ter a necessidade de prestar contas aos órgãos de controle externo e interno da administração pública, de forma que se faz inexistente nas OSs o Controle Social com acompanhamento e fiscalização dos Conselhos de Saúde, ficando a cargo de conselhos de administração internos da entidade.

As OSs como gestoras do serviço público de saúde já foram implementadas em muitos estados e municípios brasileiros, havendo a terceirização desses serviços por entidades filantrópicas e civis de prestação de serviços, associações e cooperativas. Destarte, em contraposição à legislação de administração pública e aos princípios e diretrizes que norteiam o SUS, diversos serviços públicos de saúde foram terceirizados por entidades que exaurem a autonomia financeira, gerencial e de prestação de serviços.

Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) consistem em pessoas jurídicas sem fins lucrativos que tenham objetivos sociais e normas estatutárias de acordo com os requisitos dispostos na lei 9.790, promulgada em 23 de março de 1999, na qual é instituída o *Termo de Parceria* e dispõe sobre a qualificação de tais pessoas jurídicas de direito privado.

Em 31 de Julho de 2014 é promulgada a lei 13.019, que institui normas gerais para parcerias voluntárias:

Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. (Brasil, 2014)

A lei das OSCIPs vem a garantir a o repasse de grande parte das ações do governo para o setor privado, conforme determinado no Plano Diretor do MARE. Assim, por meio de “parcerias” com associações da sociedade civil de modo geral, como cooperativas e Organizações Não Governamentais (ONGs), há a transferência da prestação dos serviços públicos. Deste modo, a tendência é que não sejam mais criadas ou mantidas entidades na esfera pública. (Rezende, 2007 *apud* Nascimento, 2014, p. 79)

Assim como acontece com as OSs, as OSCIPs também não permitem a possibilidade de Controle Social no acompanhamento da administração e execução dos contratos de gestão, o que vai contra o que está previsto na lei do SUS, dando autonomia a cada OSCIP para administrar e gerenciar os contratos de gestão. Somente o ato de elaboração do Termo Parceria é anteposto de consulta aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

No entanto, houve movimentos contrários à implantação da terceirização de serviços que antes eram dispostos como responsabilidade do Estado. Tais movimentos contrários partiram de diversos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais e Conferências de Saúde, além de Sindicatos, Confederações, Federações, Parlamentares e representações da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e das Procuradorias Regionais dos Direitos dos Cidadãos nos Estados.

Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs)

O Projeto de Lei complementar 92/2007, proposto em julho de 2007, estabelece que o Poder Público poderá instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, integrante de administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nas áreas de saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social e promoção de turismo nacional (Art. 1º).

Esse projeto das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) pretende transformar os hospitais públicos federais em fundações de direito privado. Foi apresentado em 2007, em total consonância com as recomendações externas do Banco Mundial ao setor saúde, aprofundando o processo de privatização de setores públicos das políticas sociais iniciado no governo FHC.

Segundo Correia (2008), a aprovação do Projeto das Fundações Estatais consolida a Contra-Reforma do Estado brasileiro, ao favorecer a alocação de recursos públicos em setores não exclusivos do Estado. Deste modo, o projeto integra a agenda do BM para os países por ele assistidos como meio de possibilitar o ajuste estrutural, que visa diminuir a esfera de ação do Estado, e ampliar a área de atuação do setor privado.

O projeto das FEDPs assinala seu objetivo em regulamentar a Emenda Constitucional nº 19/98, que, de acordo com Granemann (2007):

A Emenda Constitucional nº 19/98, em seu artigo 26, conforme invocam os autores do Projeto Fundação Estatal, definiu que as entidades de administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em razão de sua finalidade e de sua competência. A “necessidade” de regulamentação deste artigo oportunizou ao governo e seus aliados a “brecha” para a realização das contra-reformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais (Granemann, 2007, p.51).

Ao ser apresentado como uma alternativa ao SUS, o projetos da FEDPs contou com o apoio de alguns pesquisadores que anteriormente haviam participado do movimento de Reforma Sanitária, uma vez que foi visto como uma alternativa às OSs. No entanto, as FEDPs se mostraram como uma atualização das OSs, OSCIPs¹⁵, e outras tentativas de privatização do setor saúde.

O projeto das FEDPs foi rejeitado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde. O CNS é contrário às FEDPs, compreendendo que este é um “atentado que aponta para a desconstrução de importantes e fundamentais quesitos legais referentes à gestão do trabalho e do sistema” (Brasil, 2009). Apesar da implantação de algumas Fundações Estatais – através da aprovação de leis para criação de Fundações em alguns Estados, como Acre, Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Sergipe – a legislação federal nunca foi aprovada, e segue em tramitação no Congresso Nacional.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A Medida Provisória nº 520, criada em 31 de Dezembro de 2010 – último dia de mandato do presidente Lula –, autorizava que o Poder Executivo criasse a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A Medida Provisória foi arquivada, por motivos de esgotamento do prazo para sua votação; mas seu conteúdo foi quase totalmente retomado no PL 1749/2011, e depois na Lei 12.550, sancionada em 15 de Dezembro de 2011. A proposta do Ministério da Educação seguia os moldes do projeto das FEDPs – e, conseqüentemente, os

¹⁵ Apesar de serem consideradas uma atualização das OSs e OSCIPs, diferentemente destas, as Fundações Estatais são formadas diretamente por iniciativa do Estado, e os cargos dirigentes ocupados são indicados pelo governo (Cislaghi, 2011).

interesses do BM – e indicava a criação de uma empresa de direito privado para administrar e gerir os Hospitais Universitários Federais (HUFs).

A EBSEH tem os princípios já vistos nas OSs, que seriam, dentre outros, a transferência de patrimônio público, a flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, o estabelecimento de financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão, a possibilidade de captar recursos com a venda de serviços e consequentemente a mercantilização das políticas e direitos sociais. (March, 2012 *apud* Nascimento, 2014)

Visto que os HUFs passavam por uma crise, a qual era compreendida como resultado de uma gestão ineficiente do SUS, a EBSEH foi apresentada ao Governo Federal como uma provável forma de solucionar tal crise.

Cabe ressaltar, entretanto, que os HUFs vivenciaram um amplo processo de sucateamento, decorrente do déficit de profissionais por falta de concursos públicos – que passaram a ser contratados via contratos terceirizados – e do reducionismo de investimentos, que não dão conta dos programas de ensino, pesquisa, extensão e assistência, característicos dos HUFs (Correia, Dantas, 2012 *apud* Nascimento, 2014).

Os HUFs instigam um grande interesse no campo privado, uma vez que são grandes referências no que diz respeito à prestação de assistência de alta complexidade no país. Com o fim da gestão pública das universidades, abrem-se as possibilidades para o setor privado desfrutar dessas instituições para ensino, pesquisa e serviços – e, assim, abrem espaço para a mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUFs, pois a EBSEH, mesmo considerada “pública”, uma empresa de direito privado sempre se gera visando o lucro.

2 Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Reprodutiva e Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)

Neste segundo capítulo trataremos mais especificamente sobre o SUS, o que ele significou para a saúde no Brasil, e o que se perdeu com a Contra-Reforma do Estado e os projetos em disputa que fragmentam cada vez mais as políticas sociais.

Em seguida veremos o que são os direitos sexuais e reprodutivos, sob a ótica dos Direitos Humanos e sua legislação. Também conheceremos a trajetória do planejamento familiar no contexto brasileiro e seu constante vínculo ao controle de natalidade.

Enfim chegaremos à Reprodução Humana Assistida, o que é e quais são as Técnicas de Reprodução Assistida, que se constituem como área da saúde de Alta Complexidade, sua origem no processo de Medicalização Social e qual a importância e necessidade de filhos para o social e para o capital.

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O processo de elaboração da constituição federal de 88 foi marcado por grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda, conquistando uma aliança parlamentar com força o suficiente para formular um capítulo específico sobre a seguridade social – Capítulo II do Título VIII - Da Ordem Social, Brasil, 1988 –, que tem como conteúdo a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça social, concretizados no exercício dos direitos sociais.

Desse modo, pela primeira vez na história brasileira a saúde foi estabelecida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, sendo garantida por “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Foi então instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), como medida para dar corpo à política de saúde, e foi definido como serviços e ações públicos de saúde oferecidos por

órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Fica esclarecido que, quando as disponibilidades forem insuficientes para a cobertura assistencial da população, o SUS pode recorrer aos serviços da iniciativa privada.

A participação complementar dos serviços privados deve ser realizada mediante estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.

O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos tributários destinados à saúde. (Noronha; Lima; Machado, 2008, p.367)

O SUS é um sistema que, conforme disposto na Carta Constitucional de 88, segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. Sua implantação começou no início dos anos 90, após a Lei Orgânica da Saúde – lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano – ser promulgada. Segundo Noronha, Lima e Machado, 2008, na Lei Orgânica da Saúde estão estabelecidos os princípios e as diretrizes que norteariam o SUS, que seriam:

a) universalidade de acesso em todos os níveis de assistência: acesso universal diz respeito a todos terem o mesmo direito na obtenção de ações e serviços, independente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Com esse princípio, condições socioeconômicas e inserção no mercado de trabalho não determinam acesso diferenciado a determinados tipos de serviço;

b) igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie: não pode haver discriminação no acesso aos serviços, de forma que não é aceitável que apenas alguns grupos tenham acesso a determinados serviços e outros não;

c) integralidade da assistência: em termos de legislação, a integralidade reitera um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, coletivos e individuais, demandados para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

d) participação da comunidade: este princípio garante que a população participe do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, do controle e avaliação de serviços de saúde e da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS;

e) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: enfatizando a descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, este princípio redefine as responsabilidades entre os entes, dando importância aos executivos estaduais e municipais na política de saúde como meio de promover a democratização, a melhoria da eficiência e efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamentos das políticas públicas.

Dado que os problemas de saúde não são distribuídos de forma uniforme na população, no tempo e no território, exigindo diferentes tecnologias de diferentes complexidades e custo, deu-se como necessária a organização de uma rede de atenção à saúde no SUS. Com esse objetivo, foi preciso planejar a distribuição das ações e dos serviços por níveis de atenção – hierarquização –, por diferentes necessidades de saúde e pela especificidade das dinâmicas territoriais – regionalização. “A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e que possam retornar à sua unidade básica de origem para acompanhamento” (Noronha; Lima; Machado, 2008, p. 369).

2.1.1 Perdas na Saúde com o Neoliberalismo: Projetos em Disputa

A política de saúde no Brasil sofreu grandes mudanças na década de 1990, quando houve a disputa entre dois projetos, o Projeto de Reforma Sanitária, elaborado na década de 80, e o Projeto de saúde articulado ao mercado privatista, disposto no Plano Diretor elaborado pelo MARE em meados da década de 90.

Apesar da consolidação do conceito de saúde concebido como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais

(Constituição Federal e Lei Orgânica de Saúde) a política de saúde no Brasil, na década de 90, se deteriora com menos verba para o setor, ocorrendo o sucateamento dos serviços e o aumento da pauperização da população. (Bravo, 1999, p. 29)

O Projeto de Reforma Sanitária foi construído na década de 80, sendo inscrito na CF de 88. Este projeto tem o SUS como uma de suas estratégias, e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular. Tendo como premissa a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sua preocupação central é assegurar que o Estado assumira sua posição de Estado Democrático de Direito e se responsabilize pelas políticas sociais – logo, pela saúde –; de modo a democratizar, universalizar, descentralizar e promover a melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Assim, propõe uma relação diferenciada entre Estado e sociedade, de modo a incentivar a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial. Este projeto, na atual conjuntura brasileira, é questionado por constituir-se numa proposta contra-hegemônica.

Já o Projeto articulado ao mercado, ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico. Pautado na política de ajuste, tende a conter gastos através da racionalização da oferta, e descentralização com isenção da responsabilidade do poder central. Deste modo, cabe ao Estado garantir o mínimo para aqueles que não podem pagar, e ao setor privado cabe o atendimento àqueles que podem acessar o mercado. Este projeto critica a organização do aparelho estatal e propõe um modelo gerencial na busca por efetividade e eficiência, e por isso defende a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exerça funções públicas, deve obedecer às leis de mercado. Influenciado pelo neoliberalismo e defendido pelo BM, esse projeto apresenta um caráter focalizado, tendo como alvo a população vulnerável por meio do pacote básico de saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralizações dos serviços

ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (Bravo, 1999)

Atualmente ainda há tal disputa, com a inserção de um novo projeto. Com os governos de Lula¹⁶ e Dilma¹⁷ houve a continuidade da fragmentação das políticas sociais e a subordinação destas à lógica econômica e, com relação à política de saúde, apesar do primeiro mandato trazer algumas tentativas de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, há a manutenção do projeto privatista que perdurou nos anos 90. Neste contexto, uma grande parte dos trabalhadores, inclusive os defensores do projeto de reforma sanitária, passou a se engajar na elaboração de novas propostas “inovadoras” para a gestão da saúde, alegando ser uma modernização e reatualização da reforma sanitária, mas que, na verdade, era uma negação desta. (Soares, 2010 *apud* Nascimento, 2014) Desta forma, diante dessas novas propostas, há um novo projeto em disputa, o chamado *SUS Possível*– defendido como uma “flexibilização” da reforma sanitária –, mas que, deveras, amplia os espaços do projeto privatista. Alguns eixos centrais desse projeto são o controle de gastos com planos de saúde; financiamento e investimento; trabalhadores de saúde; ação intersetorial; determinantes sociais da saúde; vigilância sanitária; prevenção de doenças e riscos (exceto DST); proteção à saúde e promoção de saúde.

Além da contraposição ao projeto da Reforma Sanitária, com a ausência da defesa por uma “totalidade de mudanças” no setor saúde, é importante ressaltar que a política de saúde no governo Lula foi ao encontro das demandas postas pelo grande capital, sendo notável a adoção e aprofundamento de ações características do governo FHC – articulando-se assim, às recomendações externas ao setor, e fortalecendo mais ainda o projeto privatista e o processo de mercadorização da saúde . Além das características já elencadas anteriormente, o aprofundamento de ações características do governo FHC pode ser verificado na ampliação do processo de privatização do setor que, como já foi mencionado, assume sua forma não-clássica, e se expressa na implementação dos chamados “novos modelos de gestão”. (Nascimento, 2014, p.91)

¹⁶Luís Inácio Lula da Silva, Presidente da República do Brasil pelo Partido dos Trabalhadores (PT), com mandato nos anos 2003-2006 e 2007-2010.

¹⁷Dilma Rousseff, Presidente da República do Brasil pelo Partido dos Trabalhadores (PT), com mandato nos anos 2011-2014 e 2015-2018.

2.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos, Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar

A terminologia anteriormente referida como “saúde da mulher” sofreu alterações a partir da década de 1980, quando os grupos feministas apontaram para o conceito de saúde reprodutiva. Entendeu-se que o termo “direitos reprodutivos” abrangia mais completa e adequadamente a autodeterminação reprodutiva das mulheres.

No âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS), a noção de saúde reprodutiva foi elaborada na segunda metade da década de 80, sendo pautada na ampliação da perspectiva do controle demográfico e do planejamento familiar. Já na década de 1990 foi formulada a noção de saúde sexual, devido ao impacto da pandemia de HIV/AIDS.

Conforme o que diz Ventura (2009) são princípios e normas dos direitos humanos, os quais garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana, que constituem os Direitos Reprodutivos. Logo, é

(...) direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza. (Ventura, 2009, p.19)

Os Direitos Reprodutivos abarcam todos os direitos relacionados:

- À vida e à sobrevivência;
- À saúde sexual e reprodutiva, inclusive, aos benefícios ao progresso científico.
- À liberdade e à segurança;
- À não-discriminação e o respeito às escolhas;
- À informação e à educação para tomada de decisão;
- À autodeterminação e livre escolha da maternidade e paternidade;
- Ao casamento, à filiação, à constituição de uma família;
- À proteção social à maternidade, paternidade e à família, inclusive no trabalho.

O conceito de Direito Reprodutivos, embora haja oposições, está atualmente legitimado. Por outro lado, o conceito de Direitos Sexuais ainda não tem, em sua extensão ideal, o mesmo reconhecimento. Usualmente, são reconhecidos em leis e políticas públicas

relacionados aos Direitos Reprodutivos, com a expressão “Direitos Sexuais e Reprodutivos”. Essa abordagem restringe a formulação dos direitos sexuais às ações de saúde reprodutiva e de prevenção e tratamento dos danos decorrentes da violência sexual.

Apesar da importância e dos avanços das leis e políticas públicas neste sentido, o fato é que há um atraso na discussão e dificuldades para a formulação positiva, autônoma e mais ampla dos direitos sexuais; por exemplo, que definam os direitos sexuais de adolescentes, de pessoas com orientação homossexual, transexuais, travestis, trabalhadoras e trabalhadores sexuais, e outros segmentos. (Ventura, 2009, p.21)

Tal abordagem social e jurídica mais restrita dos direitos sexuais revela as dificuldades que a sociedade tem em associar moralidades diferentes quanto à vivência da sexualidade. No entanto, há também dificuldades no desenvolvimento e afirmação dos Direitos Reprodutivos numa perspectiva mais ampla, no sentido de fundamentá-los como direitos de liberdade individual e de cidadania plena.

2.2.1 Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos

O conceito de direitos reprodutivos surgiu quando o debate político e as transformações socioculturais decorrentes da redemocratização brasileira eram impregnados com o discurso sobre direitos e cidadania. Também coincidiu com o amadurecimento de propostas para reformas no sistema de saúde, com perspectiva desta como direito constitucional e responsabilidade do Estado. O feminismo consagrava que as necessidades de saúde da maioria das mulheres deveriam ser atendidas pelo Estado, uma vez que experimentavam os limites no acesso a serviços e condições de saúde, limites esses determinados tanto pela desigualdade econômica quanto pela desigualdade de poder entre homens e mulheres (Corrêa e Ávila, 2003).

O processo de debate sobre o tema no final do século XX consolidou um conjunto de ideias e propostas para assegurar que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos fizessem parte dos Direitos Humanos. Sendo assim, os direitos humanos passaram a incluir como direito da mulher controlar e decidir livremente acerca de sua saúde sexual e reprodutiva.

Nessa perspectiva, a *saúde sexual* passou a ser uma dimensão da *saúde reprodutiva*, entendida como “um estado geral de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos”. (Simões, 2009, p.159)

É importante definir os direitos reprodutivos como direitos humanos, os quais correspondem aos direitos que devem ser garantidos a todos os seres humanos, sem exceção, independentemente de sexo, raça, origem ou qualquer outra condição. Os direitos humanos são direitos históricos, que são concebidos de forma a atender às necessidades específicas de determinada época, incluindo todas as reivindicações éticas e políticas contemporâneas que todo ser humano tem ou deve ter frente a sua sociedade.

Desta forma, a concepção de direitos humanos, construída historicamente num contexto de luta social, gera novas categorias de direitos legais e de políticas públicas, que são formalizadas na medida em que a comunidade política entra em acordo e consenso. Os direitos humanos propõem que as intervenções devem ser dinâmicas e se concretizem por meio de ações efetivas, de modo a permitir que os direitos consagrados sejam garantidos e promovidos, e as novas necessidades acolhidas.

O reconhecimento dos Direitos Reprodutivos como direitos humanos é essencial para a reconstrução dos direitos e obrigações, que envolvem o exercício das funções reprodutivas e da sexualidade. Desse modo, diferenças como as de gênero, classe, cultura e geração, entre outras, passam a ser consideradas e reconhecidas como necessidades sociais específicas. “A partir daí, são gerados instrumentos políticos e normativos com o objetivo de intervir no grave quadro de desigualdades e de iniquidades, e permitir o exercício efetivo e igualitário dos direitos reconhecidos.” (Ventura, 2009, p.35)

Não obstante, é necessário observar que o conceito de direitos reprodutivos ainda não tem um entendimento universal entre as mulheres e outros sujeitos potenciais de tais direitos. Porém, no Brasil é universal a percepção de que são iguais os direitos entre homens e mulheres, tendo inevitáveis repercussões no campo da sexualidade e reprodução.

Além disso, a saúde integral das mulheres é uma noção que predomina no plano internacional. O acesso à assistência integral à saúde é afirmado pelas feministas no Brasil desde a década de 80, alegando-se que ela deve apoiar imprescindivelmente às pessoas, no sentido de ampliar suas prerrogativas sexuais e reprodutivas.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) foi formulado a partir da ideia de que as mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do SUS, conformando um segmento social de inegável importância para intervenção das políticas de saúde. Essa fração da população merece um olhar mais específico, uma vez que há um forte histórico de desigualdade de poder entre homens e mulheres, associado às questões referentes às relações sociais de gênero, raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual e idade, o que implica nas condições de saúde das mulheres.

O governo brasileiro, em contraposição a práticas natalistas e de controle do corpo e da sexualidade, incorpora ao longo dos anos, nas políticas de saúde, a visão dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como parte integrante dos Direitos Humanos. Isso também é fruto da organização e da presença do movimento feminista e de mulheres. (PNPM, 2013, p.30)

É constante o vínculo entre os direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, o que “tem méritos inequívocos, pois um sistema público universal e gratuito de saúde constitui um dos pilares inegociáveis do ‘ambiente favorável’ para a promoção da igualdade e do exercício pleno dos direitos reprodutivos e sexuais” (Corrêa e Ávila, 2003, p.29).

A adequação de todas as normas legais aos parâmetros dos Direitos Humanos se deu na CF de 88, um marco político, institucional e jurídico. Na primeira metade da década de 90 decorreu-se uma tentativa de promover e regulamentar os direitos constitucionais, os quais traziam avanços significativos para a parcela feminina da população brasileira – tanto na esfera pública quanto na esfera privada –, e também para os Direitos Reprodutivos. Todo o debate construído ao longo dos anos 1985 a 1994 proporcionou o Brasil uma linguagem avançada e bem erigida dos direitos reprodutivos, que foi levada às conferências do Cairo, em 1994, e de Pequim, em 1995. (Ventura, 2009, p.30)

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento e a IV Conferência

Mundial sobre a Mulher

Os debates entre os grupos feministas, e também ativistas e acadêmicos do campo dos direitos humanos, foram esforços teóricos e políticos que, em 1994 e em 1995, respectivamente na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento das Nações Unidas (Cairo) e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim), consagrariam o conceito em um documento das Nações Unidas:

[...] os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (FNUAD e CNPD, s. d., parágrafo 7.3 *apud* Corrêa e Ávila, 2003, p.20)

O Plano de Ação do Cairo também foi importante por reconhecer como sujeitos de direitos reprodutivos não apenas os casais, mas também mulheres solteiras, adolescentes, homens e pessoas idosas. Os programas e políticas públicas e as normas legais que garantem os direitos reprodutivos devem, então, alcançar esses grupos diferenciados. Assim, a Conferência do Cairo representou um avanço no âmbito internacional dos direitos humanos e reprodutivos, uma vez que aponta estes segmentos da população como detentores de tais direitos. Até aquele momento, os indivíduos que estivessem fora da estrutura de “casal” eram completamente negligenciados pelas políticas públicas de reprodução e sexualidade, por diversas vezes resultando na restrição aos meios para amplo exercício destes direitos, por exemplo, o impedimento às pessoas solteiras da esterilização cirúrgica ou do uso das novas técnicas de reprodução assistida.

O documento de Pequim, da IV Conferência Mundial da Mulher, enfatizou a importância da garantia dos direitos de autonomia e autodeterminação, igualdade e segurança

sexual e reprodutiva das mulheres como determinantes para a efetivação dos Direitos Reprodutivos para o segmento feminino. O documento recomenda aos países, no plano jurídico-normativo, que adotem todas as medidas efetivas para a redução do número de abortos, por meio da ampliação ao acesso ao aborto seguro nos casos que forem permitidos em legislação local, e também ao acesso a informações sobre contracepção e a métodos contraceptivos. Além destas medidas imediatas, é exigido também que os países revisem as leis punitivas contra as mulheres que praticam abortos não permitidos em lei, considerando-se o grave problema de saúde pública representado na prática de abortos ilegais e inseguros.

a) Aborto

A luta pela descriminalização do aborto marcou fortemente a pauta das reivindicações da década de 1970. Na linguagem jurídica, a prática do aborto é um fato típico, isto é, “um comportamento humano (positivo ou negativo) que provoca um resultado (em regra) e é previsto na lei penal como infração” (Mirabete, 1994, p.94). Este fato típico – o aborto –, no Código Penal Brasileiro está previsto no artigo 128, e define como crime a prática do aborto, pela própria mulher (auto-aborto) ou realizado por terceiro com consentimento da mulher, crime contra a vida, exceto quando a gravidez resultar de estupro (aborto sentimental) e quando não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto terapêutico).

Contudo, mesmo garantido em lei,

(...) mulheres violentadas ainda precisam perambular, pedir, se expor para conseguir o direito que a lei lhes confere. A hipocrisia com que a sociedade tem se posicionado com relação ao aborto fica patenteada neste caso exemplar: de um lado, legaliza; de outro, não oferece condições para que venha a ser feito (Costa, 1995)

A partir dos anos 90, serviços de apoio ao aborto legal começaram a ser implantados, por causa das reivindicações e das lutas feministas. A CMM (Pequim, 1995) apontou para a eliminação de leis e medidas punitivas contra as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais, garantindo o acesso a serviços de qualidade para tratar das complicações derivadas destas situações.

b) Controle de Natalidade

Em se tratando do controle da natalidade, nas décadas de 60 e 70, durante a ditadura militar no país, houve uma massificação de esterilização das mulheres, principalmente as de população pobre. Segundo Corrêa & Ávila (2003), caso isso acontecesse novamente no atual momento brasileiro, estudos demográficos demonstram que seria um enorme equívoco, uma vez que as mulheres brasileiras vêm tendo cada vez menos filhos.

Atualmente é implementada a Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, a qual regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Tal lei é formulada na perspectiva dos direitos de cidadania no campo da reprodução, com um consenso internacional de que políticas estatais coercitivas não são eficazes para o alcance do bem estar e desenvolvimento das nações, e que constituem uma violação aos direitos humanos. A ideia estabilizada no plano internacional é que o planejamento familiar e o livre acesso aos métodos contraceptivos, para o controle da natalidade, devem fazer parte de uma política de promoção da liberdade de escolha individual, com fundamento no princípio ético e jurídico da dignidade da pessoa humana.

O consenso internacional sobre o tema está expresso no parágrafo 7.12 do Relatório da CIPD (Cairo, 1995), onde fica determinado que os programas de planejamento familiar devam ter como objetivo permitir os indivíduos e casais a decisão livre e responsável quanto ao número e a frequência de seus filhos, obtendo a informação e os meios necessários para tal, sem qualquer tipo de coação. (Ventura, 2009)

2.2.2 Direitos Reprodutivos em Legislação Constitucional

A definição dos direitos reprodutivos como direitos humanos é importante porque, de uma forma geral, os direitos humanos são incluídos nas leis constitucionais como direitos fundamentais, contando com proteções e garantias específicas e prioritárias para sua

efetivação, como a impossibilidade de serem suprimidos por leis comuns ou emendas, sendo conhecidas como “cláusulas pétreas”.

O objetivo principal deste conceito é a redução das violações à autonomia pessoal, à integridade física e psicológica que o indivíduo e as coletividades sofrem; e também a garantia dos meios necessários ao ser humano para alcance do seu bem-estar sexual e reprodutivo. “Isto significa garantir não só direitos sociais como o da saúde, educação e trabalho, como também, direitos individuais à vida, igualdade, liberdade e inviolabilidade da intimidade etc” (Ventura, 2009, p. 56).

Para que os direitos reprodutivos sejam aplicados na perspectiva dos direitos humanos, é preciso que sejam identificados instituições, instrumentos e mecanismos no ordenamento jurídico, os quais permitam a tradução e efetivação de tais direitos. Deve haver o destaque de dispositivos legais e características existentes nas leis constitucional, civil, penal, trabalhista e sanitária, como também nas políticas públicas; buscando assim todas as fontes jurídicas que fomentem a operacionalização dos Direitos Reprodutivos na concepção de Direitos Humanos.

A lei constitucional refere os princípios que vêm propiciando avanço no campo dos direitos reprodutivos, sendo um dos instrumentos legais mais importantes na garantia e promoção dos Direitos Humanos, uma vez que a Constituição Federal ocupa o posto mais alto na hierarquia do sistema legal.

A Constituição Federal afirma o direito à vida, à igualdade e à liberdade, e ainda prevê como direitos sociais o acesso universal e gratuito à saúde, assistência social e educação. Especificamente, a lei constitucional assegura direitos referentes ao exercício dos Direitos Reprodutivos, “que deverão ser contemplados nos vários campos do direito – civil, penal, trabalhista e saúde – formando um sistema especial de proteção e garantia” (Ventura, 2009, p. 58).

No sistema legal do Brasil, a lei constitucional prevalece sobre toda e qualquer lei nacional, contando assim com uma vigilância no que diz respeito a se os princípios e normas constitucionais são fielmente incorporados e cumpridos nas leis produzidas pelo Poder Legislativo, nas políticas e ações governamentais, nas decisões judiciais, nas leis infraconstitucionais e nas políticas públicas.

Conquanto, existem obstáculos políticos a serem suplantados para a implementação e efetivação de determinados direitos, principalmente aqueles que precisam de políticas públicas para se realizar, como por exemplo, os relacionados ao direito à educação, à saúde, à segurança pública, ao trabalho, entre outros.

É necessário que haja, para real efetivação de direitos, além das garantias legais, as garantias sociais e políticas; e que todas elas sejam construídas e asseguradas por estratégias integradas e múltiplas.

2.3 Planejamento Familiar no Brasil

As políticas públicas propostas pelo poder Executivo brasileiro no campo de planejamento familiar, embora avançadas em seus princípios, conteúdos e diretrizes, ainda estão em processo de implementação. De forma geral, o Estado sistematicamente tem se afastado de suas obrigações definidas constitucionalmente de prover saúde ao povo brasileiro, de modo universal e equânime.

O conceito inicial de “planejamento familiar” abrange o conjunto das necessidades e desejos de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. Todavia, habitualmente o conceito de planejamento familiar se refere e se restringe aos aspectos procriativos, às questões da reprodução; e, mais especificamente, às ações de controle da fecundidade, ou seja, a anticoncepção.

Como já abordado aqui anteriormente, as Conferências de População (Cairo-1994) e da Mulher (Pequim-1995) foram cruciais para o surgimento do conceito de saúde reprodutiva,

que aborda amplas ações no campo da reprodução, envolvendo homem e mulher. Embora esta nova abordagem represente um grande avanço, no Brasil deve-se ter atenção devido ao consenso estabelecido acerca da integralidade assistencial à mulher, em todas suas fases e necessidades. Princípios estes contidos na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

É importante lembrar que o planejamento familiar sempre foi uma polêmica, pois, de uma forma geral, sempre esteve vinculado ao controle de natalidade. Esse controle está atrelado à análise equivocada da burguesia sobre as causas da pobreza, junto à Teoria Populacional de Malthus¹⁸.

2.3.1 Trajetória histórica do Planejamento Familiar

Desde o período do Brasil colônia, o discurso do planejamento familiar vem impregnado por uma tendência natalista, agregado à ideia de aperfeiçoamento e melhoria da raça brasileira. Neste momento, a Igreja católica foi a instituição que mais sustentou o ideário social de uma sociedade portuguesa e cristã. Neste projeto, havia estratégias no plano do discurso cotidiano normativo, como a decisão que impedia que as mulheres assumissem qualquer outro papel que não fosse aquele determinado pela vida familiar.

Segundo Costa (1995), é deste modo que a Santa Madre dissemina a mentalidade androcêntrica, a qual incentivava que as mulheres deviam servir e obedecer aos homens, inclusive que procriassem quantos filhos Deus e a natureza determinassem. O controle sobre as descendências garante a posse através da herança, o que consolida e estabelece a sociedade familiar.

¹⁸ A teoria Malthusiana afirma que a tendência de crescimento da população é em progressão geométrica, enquanto a oferta de alimentos cresce em progressão aritmética. Assim, Malthus acreditava que o crescimento demográfico iria ultrapassar a capacidade produtiva da terra gerando fome e miséria, e as únicas formas de evitar que isso acontecesse seria reduzindo a taxa de natalidade através da proibição de que casais muito jovens tivessem filhos, do controle da quantidade de filhos por família nos países pobres, do aumento do preço dos alimentos e da redução dos salários para forçar as populações mais pobres a ter menos filhos. (Alves, 2002)

Esta época teve como resultado a elaboração de uma imagem regular da feminilidade, adequada aos interesses da Igreja, para a qual a sexualidade deveria servir somente à procriação. O “pecado” representado pelo ato sexual seria revertido pela gravidez e pelo parto e, com isso, há o “amaldiçoamento” sobre as mulheres inférteis.

Todas as marcas do desejo carnal e de animalidade do ato sexual deveriam ser “apagadas” pela concepção. As penas da vida conjugal, assim como os sofrimentos decorrentes do parto, eram vistos como “purificadoras”, redentoras do pecado para a ressurreição. Deste modo era lançada a maldição para as mulheres infecundas, incapazes de reverter com a pureza da gravidez a dimensão pecaminosa do coito. (Costa, 1995)

O conhecimento científico da concepção é atribuído a Regnier de Graaf (1641-1673), pois até então se acreditava na teoria formulada pelo filósofo grego Aristóteles, a qual dizia que o espermatozóide era exclusivo com a função reprodutiva, e que a mulher era apenas um receptáculo. Sutilmente foi sendo gerida uma ideologia natalista implícita na cultura ocidental, com influência do positivismo e fundamentada nas descobertas da biologia.

Tal situação arrastou-se desde o Brasil Colônia até o início da República. Na década de 30 (trinta), aponta-se uma tendência pró-natalista por parte do Estado de Getúlio Vargas, com a criação do salário-família, do auxílio-natalidade e do desenvolvimentismo pós-guerra. Ao mesmo tempo, no cenário internacional, são retomadas as teses do Reverendo Thomas Robert Malthus (1766-1834), as quais alertavam sobre a superpopulação e o não correspondente crescimento da produção de alimentos. (Costa, 1995)

Independente do caráter moralista e repressor da sexualidade nas teses malthusianas, o aspecto da desproporcionalidade entre crescimento demográfico e disponibilidade de alimentos é tomado como referência para a discussão do planejamento familiar. Muitos defensores do planejamento familiar também ressalvam a eugenia ou o aperfeiçoamento da espécie humana, a partir da seleção das raças.

Deste modo, Margaret Sanger criou, em 1952 e com sede em Londres, o International Planned Parenthood Federation (IPPF), que contava com apoio financeiro de diversas

instituições interessadas em planejamento familiar, tendo em vista o controle demográfico, logo restritivo às liberdades de procriação das mulheres ou dos casais. Nos anos 60 (sessenta), o IPPF virá financiar entidades e outras instituições que realizaram o planejamento familiar no Brasil.

Neste período, por volta de 1964, há o acirramento da polêmica entre as políticas de controle demográfico e as anticontrolistas. A doutrina controlista surge no Brasil no encalço da Revolução Cubana, que foi quando os Estados Unidos implementaram uma política de ajuda aos países latino-americanos, onde o país deveria adotar programas e estratégias com o foco de reduzir o crescimento demográfico como condição para ser ajudado economicamente. (Costa, 1995)

Os argumentos pró controle demográfico defendiam que o desenvolvimento e o crescimento econômico só seriam possíveis com intervenções no sentido de diminuir o ritmo do crescimento demográfico. Os princípios defendidos pelos controlistas indignaram movimentos sociais, partidos políticos clandestinos e outros setores da sociedade progressista, “fundamentados na denúncia do avanço imperialista na extensão do território nacional, na baixa densidade demográfica e na necessidade de sua ocupação como estratégia de autonomia e soberania nacional” (Costa, 1995). Nesta época, o Ministério da Saúde sofreu uma fragilidade política, o que permitiu um vácuo institucional do Estado, dando espaço ao crescimento e surgimento de instituições de cunho controlista, sendo as de maior relevância a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC).

A BENFAM surgiu em novembro de 1965 como uma entidade privada e sem fins lucrativos, tinha sua sede no Rio de Janeiro, mas intervia em quase todo o território nacional. A BENFAM era financiada por capital internacional e filiada ao IPPF, e tinha como estratégia o treinamento de profissionais de saúde para a prática do planejamento familiar, e a prestação

de assistência em ações contraceptivas, pelas suas unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde, universidades e etc.

Já o CPAIMC teve uma estratégia mais enérgica e eficaz no que diz respeito à criação e consolidação de uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico. Com este objetivo, foram financiados os treinamentos de profissionais ligados ao ensino da medicina, da enfermagem e de outras áreas afins; além da sustentação de uma rede de médicos que realizavam a esterilização por laparoscopia, por meio de doação do equipamento e subsídio de suas atividades. Financiado principalmente por instituições vinculadas ao sistema AID através da Family Planning International Assistance (FPIA), Pathfinder Foundation e outras, o CPAIMC também foi distribuidor de material contraceptivo para diversas outras instituições semelhantes, fazendo uso de sua regalia em isenção de impostos para importação, por ser intitulada como entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos.

No Brasil dos anos 70 (setenta), época marcada pela Ditadura Militar, o discurso de que a segurança nacional está ameaçada pelo grande contingente de pobres e famílias numerosas, os quais estariam mais suscetíveis às ideias subversivas, é reforçado entre os militares. Observa-se a intensificação de ideias eugênicas, como na declaração do General Valdir Vasconcelos, em 1982, sobre a condição de “sub-raça de brasileiros” que não atingiam as mínimas condições físicas e de saúde exigidas para o ingresso no serviço militar, o que indicava a urgência em controlar nascimentos desta “subespécie”. (Costa, 1995)

Esta repentina radicalização do discurso dos militares no que diz respeito ao tema população, ocorrida nos anos 70, provavelmente foi o estopim para que as mulheres se mostrassem como atores sociais neste processo no qual, embora fossem objeto específico destas políticas, até então não tinham se pronunciado sobre o assunto.

Desde os anos 60 (sessenta), as mulheres brasileiras vinham tentando processar a ruptura com o papel social de mãe e dona-de-casa, o qual lhes era atribuído desde sempre, e

gradativamente se inseriam no mercado de trabalho, o que ampliava suas aspirações em direitos de cidadania. O controle da fecundidade passa a ser vontade das mulheres, e as vivências mais plenas da sexualidade reforçavam esta necessidade. Contudo, os serviços públicos de saúde não estavam preparados para tal demanda, e apenas os serviços conveniados com as instituições (BENFAM, CPAIMC, etc) distribuíam métodos anticoncepcionais.

Tais circunstâncias deram início ao processo de surgimento de um novo discurso, fundamentado nos princípios de direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais em definir o tamanho de sua prole. Este consenso teve como suporte a Reforma Sanitária Brasileira, que definiu saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Então, em 1983, o Ministério da Saúde noticia o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual seria desenvolvido pela rede pública de assistência à saúde, e se ajustaria conforme as necessidades epidemiológicas e requerimentos de cada localidade, de cada população.

O PAISM foi apresentado pelo então Ministro da Saúde, Valdir Arcoverde, durante o seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito que investigava os aspectos do crescimento populacional. Este constituiu-se em um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes, destinados às mulheres nas diversas etapas e situações de sua vida, incluindo-se a fase reprodutiva. Para essas mulheres, o PAISM preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde decorrentes da procriação. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial. (Costa, 1995)

O direito ao planejamento familiar foi consagrado no parágrafo 7, do artigo 226 da Constituição Federal de 88. As diretrizes desta lei destacam a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em fornecer os recursos educacionais e científicos necessários para o completo exercício deste direito. Adverte também que não deverá ocorrer a vinculação do direito aos serviços de planejamento familiar a políticas de controle demográfico.

Entretanto, de acordo com Costa (1995), apesar dos avanços no campo da saúde reprodutiva, no Brasil ainda há números preocupantes de morte materna. Isso acontece, em

grande parte, em decorrência do uso abusivo de cesarianas, o qual também está ligado diretamente aos altos índices de esterilização feminina. Há a “cultura” de que as mulheres, ainda muito jovens, realizem a laqueadura, muitas vezes por desinformação ou falta de acesso a outras alternativas para contracepção.

Outra questão também é o alto índice de uso indevido de pílulas anticoncepcionais, muitas vezes por conta própria, ou por indicação no balcão da farmácia. Houve uma elevação da incidência de doenças cardiovasculares em mulheres, a qual começa a ser relacionada ao uso impróprio de anovulatórios. Outro agravante da mortalidade materna é o aborto clandestino, o qual as mulheres são levadas a fazer, uma vez que não há serviços de atendimento ao aborto legal.

Por fim, a discussão de planejamento familiar deve levar em consideração a questão das tecnologias reprodutivas. Nesta questão, devem ser apontados os aspectos da socialização dos conhecimentos quanto aos verdadeiros riscos dos procedimentos, e da propaganda enganosa quanto aos resultados. “Há uma premente necessidade de que o Estado, por meio dos órgãos dirigentes do SUS, defina mecanismos de vigilância sobre projetos e serviços de reprodução assistida, com normas claras e amplamente discutidas.” (Costa, 1995)

2.4 Reprodução Assistida

Neste ponto conheceremos algumas das motivações para que cada vez mais pessoas busquem a RHA, também saberemos um pouco sobre quais são as principais TRAs, e uma breve colocação sobre medicalização social.

2.4.1 Motivações Sociais Para a Procriação

Na segunda metade do século XX, o Brasil apresentou grande queda de fecundidade feminina, o que ocorreu devido às mudanças culturais, que modificaram padrões referentes às decisões quanto ao tamanho da prole. Tais padrões seriam resultado da industrialização, urbanização, proletarização da mão-de-obra rural e urbana, da entrada das mulheres no

mercado formal de trabalho, do aumento de escolaridade tanto das mulheres quanto dos homens, de novos métodos anticoncepcionais, da expansão dos meios de telecomunicação e de mudanças no sistema de saúde. (Citeli, Souza e Portella, 1998 *apud* Luna, 2007)

Ao longo da história brasileira o modelo familiar vai se diversificando, porém sempre dando a importância à presença de filhos para a constituição da família. É por essa “cobrança” social da necessidade de filhos que muitas pessoas se dirigem aos serviços, tanto públicos quanto privados, de tratamento de esterilidade e reprodução assistida. No entanto, não é este o único motivo. A pesquisa de Naara Luna (2007) nos traz algumas das motivações possíveis para alguém (no caso, de uma mulher) buscar esse tipo de serviço.

No elenco das motivações, além da pressão social, pela ideia de que um casal sem filhos não é família, encontram-se razões que indicam o quanto a maternidade é vista como condição essencial da identidade feminina. (Vargas, 1999; Costa, 2002 *apud* Luna, 2007, p.58)

Além disso, também há o interesse do capital na reprodução, em sua necessidade de aumentar a superpopulação relativa – ou o Exército Industrial de Reserva (EIR)¹⁹ –, que consiste no excedente populacional que proporciona ao capital material humano em diversas situações de expansão do mesmo, e a regulação dos salários. Uma vez que há muitos trabalhadores em potencial disponíveis ao mercado, os salários podem ser mais baixos, devido à alta demanda de empregos. (Siqueira, 2013)

2.4.2 Reprodução Humana Assistida (RHA) e Técnicas de Reprodução Assistida (TRA)

Muitos cidadãos sofrem com a impossibilidade de procriação por meios naturais. Por diversos motivos, seja por problemas de infertilidade ou esterilidade, seja por orientação sexual. Com o objetivo de satisfazer o desejo e garantir o direito dessas pessoas à maternidade

¹⁹ Conforme Karl Marx denomina em “O Capital”.

e à paternidade, chega a Reprodução Humana Assistida, que é a intervenção da ciência na procriação natural.

A RHA compreende um conjunto de técnicas (TRA): relação programada, inseminação artificial intra-uterina e fertilização extra-corpórea que abrange a fertilização *in-vitro* clássica (FIV) e a fertilização *in-vitro* por meio de injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI).

A escolha do melhor tratamento para contornar a situação de infertilidade/esterilidade depende da causa e do tempo que se sofre dessa condição, assim como da idade da mulher. Apesar disso, todas as diferentes técnicas listadas acima têm em comum o objetivo de obter um óvulo e um espermatozoide de boa qualidade, para que eles tenham a melhor chance de fertilizar e formar um embrião, gerando assim uma gestação saudável.

Medicalização Social e Reprodução Humana Assistida

A reprodução medicamente assistida, ou as novas tecnologias reprodutivas, vêm inseridas em um processo chamado medicalização da reprodução, que por sua vez está inserido num contexto de medicalização social. Desta forma, as tecnologias de procriação afastam o ato reprodutivo da esfera privada e a deslocam para um ambiente de laboratório, substituindo assim o ato sexual como momento da procriação. (Corrêa, 1998, 2001; Novaes & Salem, 1995; Barbosa, 1999 *apud* Luna, 2007, p. 83)

O conceito de medicalização social trata da grande influência que a inovação tecnológica exerce sobre a prática da medicina, instaurando novos métodos para diagnósticos e tratamentos, novos medicamentos e equipamentos médicos, dimanando assim o aumento do consumo de medicamentos e atos médicos.

A medicalização social diz respeito à redescritção, em termos médicos, de eventos fisiológicos em comportamentos sociais desviantes, o que se reflete no consumo médico e na produção de conhecimento pela medicina, submetendo o item medicalizado a uma prática especializada. Tal seria o caso da reprodução assistida, ao intervir na ausência involuntária de filhos. (Luna, 2007, p. 83)

Nesse pensamento, é possível analisar que o processo de medicalização está vinculado ao crescimento da indústria farmacêutica. O setor farmacêutico se interessa pelo estímulo do máximo consumo de medicamentos para aumentar sua demanda, intensificando assim sua produção e comercialização.

Como qualquer setor empresarial, interessa à indústria farmacêutica estimular o máximo consumo. Em termos puramente mercadológicos, nos setores de produção e comercialização de medicamentos, interessa a ocorrência de um máximo de doenças acompanhadas de um máximo de tratamentos, ou seja, de "medicalização" (esta inclui a "prescrição medicamentosa", indo, no entanto, mais longe para abranger a colocação sob a alçada da medicina de "situações" ou "problemas" que têm origem na estrutura de classes da sociedade). (Barros, 1983, p.378)

No rastro deste processo, começaram as primeiras experiências em animais para substituição do coito na reprodução. A propagação e o aperfeiçoamento da reprodução assistida ocorreram primeiramente na veterinária com o propósito de melhorar a produção pecuária, como por exemplo, com a inseminação artificial na procriação animal. (Edwards, 1991 *apud* Luna, 2007, p. 88)

Como comentado anteriormente, a reprodução assistida constitui-se por técnicas de baixa e alta complexidade, sendo a mais simples a *inseminação artificial*²⁰, e as mais complexas com a manipulação dos gametas fora do corpo, em laboratório, como a fertilização *in vitro*²¹(FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide²² (ICSI).

A reprodução assistida é definida como uma área da Alta Complexidade, que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo. “Os procedimentos da alta

²⁰ A inseminação artificial tem como desígnio pôr os espermatozoides, após um processo de preparo em laboratório, nas trompas, local onde normalmente ocorre a fecundação, o mais próximo possível do óvulo. Em seu desenvolvimento, houve mudanças quanto ao ponto de aplicação: intravaginal, intracervical e intra-uterina (WHO, 1992 *apud* Luna, 2007, p. 89).

²¹ Popularmente conhecida como “bebê de proveta”, a fertilização *in vitro* é a técnica de reprodução assistida mais utilizada em todo o mundo. Em suma, esta técnica consiste na união do óvulo com o espermatozoide em laboratório, o que formará um embrião que em seguida será transferido para a cavidade uterina.

²² A FIV com emprego da técnica ICSI é utilizada em casos nos quais a fecundação do óvulo deve ser feita através da injeção do espermatozoide com uma micro-agulha. Sendo assim, o esperma é analisado, e um único espermatozoide é selecionado e injetado dentro do óvulo. A diferença entre a FIV clássica e a ICSI é que, na primeira, o óvulo é colocado em um recipiente com os espermatozoides, onde haverá a fecundação.

complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto” (MS, 2009, p.33)

É importante pensar que, por mais que a ciência avance, esses avanços estão restritos àqueles que podem pagar por eles. Mesmo que o SUS tente socializar esses avanços, esta socialização é de apenas uma parte dos avanços das forças produtivas e da ciência.

3 Os Efeitos da Contra-Reforma Neoliberal sobre o Financiamento da Saúde Pública e na Garantia do Direito à Reprodução Humana Assistida

A seguir serão mais profundamente analisadas as medidas do governo para garantia do direito à reprodução assistida, como vertente do direito ao planejamento familiar; as dificuldades a serem enfrentadas e como esta questão se encaixa na sociedade neste contexto de Contra-Reforma do Estado Neoliberal e desmonte da saúde pública, bem como o Fundo Público e o orçamento e financiamento da saúde, de baixa e média/alta complexidade.

3.1 Políticas Públicas em Reprodução Assistida

A busca por atuar na área da infertilidade tem partido dos gestores do Ministério da Saúde (MS), porém esta atuação estatal requer uma regulamentação. Ao analisar normas existentes sobre o tema, verifica-se que existem duas Portarias – a nº 426/GM, de 22 de Março de 2005, que no âmbito do SUS instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida; e a nº 388, de 06 de Julho de 2005, regulamentando as medidas necessárias para sua implantação. No entanto, em 13 de Julho de 2005, a Portaria 1.187/GM as suspendeu pelo prazo de 30 dias, para a análise dos impactos financeiros e avaliação da Comissão Intergestora Tripartite.

Todavia, em 28 de Dezembro de 2012, foi promulgada a Portaria de nº 3.149, a qual destina “recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização *in vitro* e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides” (MS, 2012). Esta portaria considera, entre outros²³, a Lei do Planejamento Familiar, em que a assistência em planejamento familiar

²³ Também são consideradas a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, cujos arts. 2º e 4º no inciso V constam a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo; que a Constituição Federal de 1988 inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Art. 226, Parágrafo 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar; que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão horizontal e vertical de doenças infectocontagiosas, genéticas, entre outras; as visitas técnicas realizadas pelo Ministério da Saúde aos serviços de atenção à reprodução humana assistida ofertada no âmbito do SUS, com o objetivo de conhecer suas

deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção cientificamente aceitos; a Portaria nº 426/GM; a necessidade dos casais para atendimento à infertilidade em serviços de referência de Alta Complexidade para Reprodução Humana Assistida; que já existe um conjunto de iniciativas de atenção à reprodução humana assistida no âmbito do SUS; que as normativas para o financiamento dos serviços de Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS estão em fase de definição.

Assim sendo, foi definido que

ficam destinados recursos financeiros no valor total de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides (...). (MS, 2012)

Os recursos financeiros então seriam repassados aos Fundos de Saúde dos entes federados e deveriam ser repassados aos respectivos estabelecimentos de saúde em parcela única. Os estabelecimentos de que se tem registro – até a última atualização pela PRT nº 1397/GM/MS de 10 de julho de 2013 – são de administração Estadual e Municipal, conforme na tabela a seguir:

Quadro 1
Estabelecimentos contemplados pela PRT 3.149/12

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
DF	Estadual	Brasília	0010537	HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília	1.000.000,00
MG	Municipal	Belo Horizonte	0027049	Hospital das Clínicas da UFMG	1.500.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmeina	1.000.000,00
RS	Municipal	Porto Alegre	2237601	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	1.000.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2078015	HC da FMUSP Hospital dasClínicas São Paulo	1.500.000,00

características, tais como: equipamentos, demanda atendida e reprimida, técnicas utilizadas entre outros; e a associação das características observadas nos serviços visitados e das informações obtidas nas visitas técnicas. (MS, 2012)

SP	Estadual	São Paulo	2078287	Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington	1.500.000,00
SP	Estadual	São Paulo	2082187	Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto	1.500.000,00
PE	Dupla	Recife	0000434	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP	1.000.000,00
Total geral					10.000.000,00

UF	Gestão	Estado/Município/DF	CNES	Estabelecimento	VALOR DE RECURSO EM REAIS
RN	Municipal	Natal	2409208	Maternidade Escola Januário Cicco	1.500.000,00
Total geral					1.500.000,00

Fonte: Anexo PRT 3.149/12; PRT 1.397/GM/MS, 2013.

Como visto, atualmente no Brasil existem apenas 9 (nove)²⁴ centros de atendimento em reprodução assistida, dos quais 4 (quatro)²⁵ oferecem o tratamento completo – exames, procedimentos clínicos e medicamentos – sem qualquer custo para os usuários; e os outros 5 (cinco)²⁶ deixam os medicamentos a serem pagos pelos pacientes, oferecendo apenas parte do tratamento sem custos. (Garcia, 2012, p.10) Em alguns casos, a fila de espera chega aos 5 (cinco) anos. Em paralelo, o setor privado conta com mais de 210 (duzentos e dez) clínicas privadas de reprodução assistida, registradas na Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA)²⁷ e na Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida (Rede LARA)²⁸.

Dado isto, e com o entendimento de que política pública é uma medida governamental que deve ser oferecida a todos os cidadãos de forma universal, devendo ser assegurada sua

²⁴Número de instituições abarcadas pela Portaria em questão. Existem outras instituições públicas que oferecem RHA, como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, mas que não foram incluídas nesta lista.

²⁵Hospital Pérola Byington de São Paulo; Hospital das Clínicas de São Paulo; Hospital Regional da Asa Sul do Distrito Federal e Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

²⁶Hospital Universitário de Ribeirão Preto; Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital das Clínicas de Porto Alegre e Hospital Fêmea de Porto Alegre.

²⁷Entidade formada por médicos que atuam na área de reprodução assistida.

²⁸Entidade latino-americana de acreditação de clínicas de reprodução assistida.

continuidade independentemente de qual ideologia partidária esteja no governo, pode-se observar a inexistência de uma política pública em matéria de reprodução assistida no Brasil no sentido jurídico do termo. Isto se dá pela escassez de recursos para o custeio da execução de uma política pública de acesso universal às TRA. (Bucoski; Silveira, 2009)

Do ponto de vista do exercício dos direitos reprodutivos, o direito ao planejamento familiar conforme assegurado pela Constituição Brasileira (art. 226, § 7º) e pela Lei nº 9.263/96, em seu § 9º, que a regulamenta, abarca também o direito à reprodução para aqueles que, impedidos de fazê-lo por razões de infertilidade, desejam ainda assim realizar o desejo de procriar. Nesse sentido, caberia ao Estado a responsabilidade de garantir esse direito, provendo tratamentos para a infertilidade, disponibilizando o acesso às técnicas de reprodução humana assistida e os recursos necessários por meio do SUS, a partir de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. (Garcia, 2012, p.9-10)

Além disso, há também a imparcialidade em ampliar este acesso a todos os cidadãos que dele necessitem, uma vez que o ideário neoliberal tende a defender a privatização e a focalização das políticas sociais, conforme já evidenciado anteriormente neste trabalho; e também pode-se afirmar que há um forte desinteresse por parte da própria população que não necessita dos serviços de reprodução assistida, tanto pelo preconceito quanto pelo medo de perder seus direitos já garantidos.

3.2 Fundo Público e orçamento das políticas sociais em saúde

Os fundos públicos foram criados como medida para financiar as ações estatais no âmbito da proteção social da população, como uma maneira formal de transferir recursos. Eles surgiram como um sistema de controle financeiro e administrativo, e que posteriormente incorporaram funções de controle político. (Elias, 2004 *apud* Aragão Junior, 2011)

Segundo Salvador (2010), o Fundo Público como um todo – e não apenas a fração destinada à seguridade social – exige que o Estado utilize de toda sua capacidade de mobilizar recursos para intervenção na economia, funcionando como um instrumento de “socialização de prejuízos”, conforme ocorreu em diversas situações de crise financeira em que bancos

foram socorridos pelos recursos do Fundo Público, que por sua vez se constitui por impostos pagos pela sociedade.

Segundo Oliveira (1998 *apud* Aragão Junior, 2011), o fundo Público tem uma dupla função. De um lado, ele financia a acumulação de capital – por meio de subsídio da agricultura, de avanços tecnológicos, etc –, e de outro lado ele financia a reprodução da força de trabalho – por meio de saúde, previdência, etc –; o que faz com que os recursos públicos financiem cada vez mais essa reprodução, de modo que quem paga pelos direitos sociais são os próprios trabalhadores, e não os empregadores. Considerando sua função de contribuição para a expansão econômica, Oliveira afirma que o fundo público não é uma intervenção estatal, mas sim uma medida estrutural do capitalismo.

O artigo 195 da CF 88 definiu que o financiamento da seguridade social deve advir do orçamento da União, Estado e Distrito Federal (DF); da receita de concursos de prognósticos e de contribuições sociais – as quais se subdividem entre as contribuições do trabalhador e demais segurados, e do empregador sobre a folha de salário, a receita e o faturamento e lucro. Essa tentativa de diversificação e ampliação das fontes de financiamento vem no rastro da expansão dos direitos sociais e do princípio de um amplo sistema de seguridade social.

Nesse sentido, foi absolutamente lógica e coerente a inclusão do Orçamento Fiscal da União e a criação de novas contribuições sociais sobre o faturamento e o lucro, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Confins), a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e a Contribuição sobre Movimentação Financeira (CPMF), esta última com destino exclusivo para o financiamento da saúde e posteriormente ampliada para cobrir custos da seguridade. (Behring & Boschetti, 2006, p.172)

A Lei nº 8.080/90 criou tal modelo de funcionamento de fundos, dando origem ao Fundo Nacional de Saúde. Administrado pelo Ministério da Saúde, o FNS é responsável pelos recursos financeiros oriundos do orçamento da seguridade social, “além de outros orçamentos da União e ainda de outras fontes; e os fundos estaduais e municipais de saúde, responsáveis

pelos recursos em cada esfera de atuação, que só podem ser movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde” (Aragão Junior, 2011).

No entanto, na prática isso não vem ocorrendo, e a maior parte do financiamento continua recaindo sobre o trabalho, tanto via contribuições sobre o consumo, quanto via contribuições sobre folha de salários. Deste modo, os maiores financiadores – via impostos – das políticas de seguridade social são os beneficiários diretos destas políticas, ou seja, os trabalhadores.

3.2.1 Financiamento do SUS

O SUS presume o acesso universal à saúde, o que exige um padrão de financiamento que se restabeleça continuamente, tendo em vista a necessidade do aumento de recursos investidos. A CF não define percentuais para cada política na divisão de recursos dentro da seguridade social; e, no caso da saúde, não define como cada esfera de governo – municipal, estadual e federal – participa de seu financiamento. (Cislaghi, 2011)

Sobre isto, em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que tinha como desígnio estabelecer o modo de inserção dos municípios, dos estados e da União no financiamento do SUS; assim como regular a suficiência de recursos. Assim sendo,

A EC 29 definia que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área de saúde, e, até o ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. A União deveria no primeiro ano ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e a partir daí corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto - PIB. A EC 29, a despeito da conquista que foi sua aprovação ao estabelecer a vinculação de recursos considerando as três esferas de governo; de garantir e reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, não define, porém, qual é a origem dos recursos e é omissa em relação ao percentual de cada política na seguridade, ignorando a existência de disputa nesse âmbito. (Cislaghi, 2011)

Apesar disso, nenhuma das esferas de governo cumpriu o estipulado na EC 29. No âmbito federal o motivo foi um equívoco do Ministério do Planejamento, que tomou como base o ano de 1999, e não o de 200, conforme defendia o Ministério da Saúde, o que traduziu uma redução de R\$1,19 bilhões no orçamento de 2001; redução que apenas se acumulou nos

reajustes seguintes. No âmbito dos estados, constatou-se que o percentual mínimo não havia sido aplicado na maioria dos casos, o que expressou uma dívida com o SUS de R\$3,6 bilhões, até 2002. Já na esfera municipal, o percentual mínimo era aplicado; porém, o que era *piso* se transformou em *teto*, e os recursos mínimos não se ampliavam de acordo com as necessidades. (Marques e Mendes, 2005 *apud* Cislighi, 2011)

Um dos princípios do SUS é a descentralização político-administrativa, o que gera um grande dilema, uma vez que esta indicava uma maior responsabilização dos municípios na gestão da saúde. Contudo, o financiamento continuou a depender da União, porque a esfera federal é a que centraliza a arrecadação das contribuições sociais. Também é preciso levar em consideração toda a desigualdade e heterogeneidade do Brasil em seus milhares de municípios.

Como marco nessa política de descentralização surgiu, em 1993, a Norma Operacional Básica SUS – NOB 01/93 –, a qual assegurou a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, as chamadas “transferências fundo-a-fundo”, o que certificava autonomia de aplicação dos recursos aos municípios habilitados. Porém, segundo Marques e Mendes (2005) *apud* Cislighi (2011), essas “transferências fundo-a-fundo” não asseguraram, na prática, essa autonomia dos municípios, uma vez que o governo federal repassava recursos destinados a programas definidos previamente, e não poderiam ser utilizados para outros fins, não permitindo que os municípios discutissem qual a melhor alocação dos recursos de acordo com as necessidades de cada local. Além disso, não foram esclarecidos critérios para a descentralização, pois o repasse visa apenas à equalização de rendas, e não leva em conta a territorialidade e a regionalização.

A lógica de “transferência fundo-a-fundo” deveria ser firmar, a partir da NOB 93 e da NOB 96, como alternativa a lógica de remuneração por serviço produzido. Contudo, a remuneração por procedimento ou serviço produzido tornou a opção pela contratação de terceiros, isto é, da saúde privada complementar, ao invés da estruturação própria de serviços pela

esfera pública, politicamente mais rentável e rápida para os municípios (Batista Júnior, 2010). Isso tornou a saúde um negócio extremamente lucrativo, construindo uma lógica de privatização por dentro do SUS que fortaleceu a saúde privada. (Cislaghi, 2011)

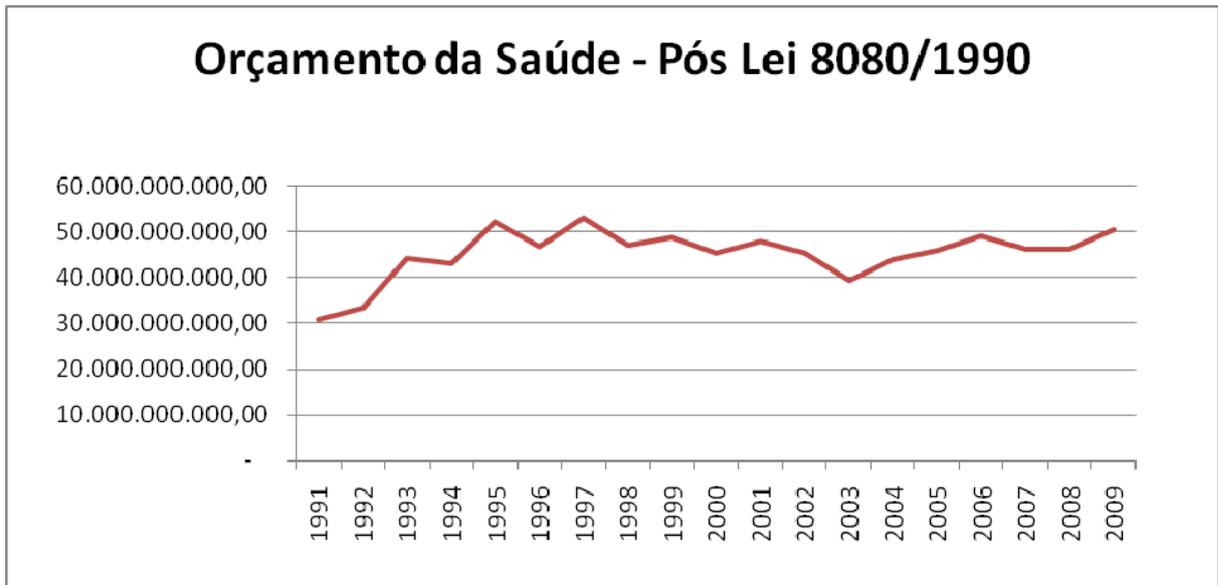
3.3 O subfinanciamento da seguridade social na Contra-Reforma do Estado Neoliberal

Com a Contra-Reforma, o campo dos direitos e dos serviços sociais passa a ser marcado por um progressivo aumento das privatizações – na saúde, na educação, na previdência, etc –, e também por um progressivo subfinanciamento das políticas sociais públicas, o que causou uma significativa redução da aplicação do fundo público no orçamento destas. Deste modo, o fundo público passou a ser direcionado para políticas que beneficiam o capital – como o pagamento de dívidas públicas –, e não que beneficiem os trabalhadores – cuja renda compõe a maior parte do fundo público brasileiro.

A respeito da política de saúde, o seu financiamento é a maior questão – entre outras –, porque nos anos 90 o Estado brasileiro começa a estar sob influência do processo mundial de ajuste neoliberal e de redirecionamento do papel do Estado. (Cislaghi, 2011) Assim sendo, conforme já observado anteriormente neste trabalho, durante os anos 90 acontece o início da desconstrução de direitos sociais, que tão arduamente foram conquistados ao longo dos anos pelas lutas de classe.

O gráfico 1, elaborado por Cislaghi (2011), ilustra os gastos do governo federal desde a implementação do SUS até o ano de 2011. Inicialmente é notável o aumento nos recursos para a ampliação da cobertura por conta da universalização do sistema. Passado este momento, há a estagnação dos recursos na faixa dos 40/50 bilhões de reais, principalmente financiados pela CPMF – extinta em 2007 –, e pela CSLL. O gráfico demonstra que, apesar da ampliação da arrecadação de tributos pelo governo federal, há uma grande disputa de recursos dentro da seguridade social, assim como uma inércia da totalidade de recursos para ela.

Gráfico 1



Fonte: Cislghi, 2011. Banco de dados do Tesouro Nacional.

Neste período houve um aumento das contribuições sociais em âmbito federal, o que não significou uma ampliação dos recursos para a seguridade social. Isso ocorreu devido à DRU – Desvinculação de Receitas da União –, que era um mecanismo de transferência de recursos da seguridade social para o pagamento da dívida pública, permitindo que 20% dos recursos – não só da seguridade, mas também da educação – passassem pelo orçamento fiscal e permitia que o governo os utilizasse para qualquer fim. Atualmente está em análise na Câmara dos Deputados a PEC 87/15, de autoria do Poder Executivo, que prorroga a DRU até 2023. Além disso, o texto amplia para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser usadas livremente. (Câmara Notícias, 2015) Assim ao invés do orçamento fiscal complementar os recursos da seguridade social, a DRU faz o movimento contrário retirando recursos da seguridade.

3.3.1 Transferência de recursos para a Saúde

Neste ponto serão apresentadas algumas amostras da transferência de recursos em âmbito nacional para a política de saúde, tanto para a atenção básica, quanto para a atenção em média e alta complexidade – onde se encaixa a RHA. O recorte temporal foi entre os anos

2010 e 2014, uma vez que a proposta é analisar se houve alguma interferência das Portarias 3.149/12 e 1.397/GM/MS (2013) – as quais propunham a transferência de 10 milhões aos estabelecimentos de referência em RHA – no financiamento geral da política social de saúde.

O gráfico 2 representa o total da transferência de recursos em âmbito nacional pelo Governo Federal, o que inclui o repasse para todas as necessidades dos Estados e municípios brasileiros.

Gráfico 2



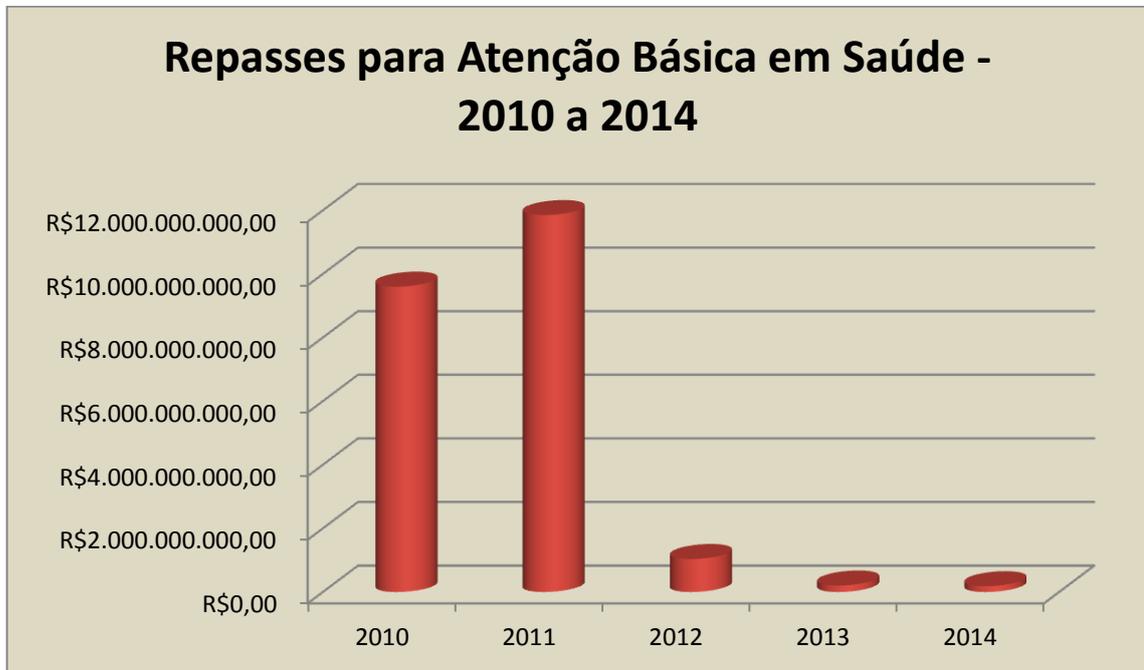
Fonte: Portal da Transparência – Governo Federal

No gráfico acima – elaborado a partir de dados disponíveis no Portal da Transparência –, é possível notar que, no período de 5 (cinco) anos, houve um aumento de pouco mais de 100 bilhões de reais no total de recursos destinados pelo Governo Federal para os Estados e municípios para programas e ações. Nesse número não se encaixam apenas programas e ações da Seguridade Social, mas também da educação, habitação, segurança, transporte, dentre muitos outros.

Abaixo, o gráfico 3 apresenta os repasses de recursos à função de saúde, especificamente ao programa de Atenção Básica em Saúde, que abrange a rede de serviços de

atenção básica, Estratégia de Saúde da Família, saúde bucal, saúde da população do sistema penitenciário, etc.

Gráfico 3



Fonte: Portal da Transparência – Governo Federal

Como é possível observar, nesse período houve um declínio muito significativo do financiamento da Atenção Básica. Mais de R\$ 10 bilhões foram cortados do orçamento, o que retrata o desinteresse em investir na saúde, o que pode ser considerado um efeito da Contra-Reforma do Estado, uma vez que há essa característica muito presente da tendência à privatização.

No ano de 2012, o setor teve mais uma perda muito importante,

foi sancionada pela presidenta Dilma no início de janeiro de 2012 a Lei Complementar 141/2012 (Emenda 29), que mantém o investimento da União vinculado à variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto). A decisão mantém o orçamento público destinado à saúde próximo ao valor atual de aproximadamente 3,5% do PIB. O projeto que estava no Senado, entretanto, pressupunha uma aplicação da União de 10% da receita corrente bruta. (Lima, 2014)

Antes disso, a média de investimento para a Saúde costumava ser de 4% do PIB, sendo 1,7% da União e o restante de estados e municípios. A política de cortes para o

superávit primário vem desde 1995, ano chave em que houve a aprovação do *plano diretor* para implementação da Contra-Reforma do Estado.

Os cortes do orçamento inviabilizam a área da saúde pública, e penalizam em especial o setor mais básico da saúde. Isso incentiva cada vez mais o crescimento do mercado, revelando a notória ação privatista do país. Assim sendo, há uma “inversão” do que está firmado na CF – que o setor privado seria minoritário e serviria como uma complementação ao SUS –, e o SUS não se amplia e deixa que o mercado abarque a maior parte dos serviços de saúde.

O setor privado na saúde se amplia por dentro do SUS e no livre mercado. Por dentro do SUS, o setor privado aumenta por meio da compra de serviços privados de saúde complementares aos serviços públicos e da transferência da gestão do SUS para grupos privados²⁹. No livre mercado, mediante o crescimento dos planos e seguros privados de saúde, resultante da “universalização excludente”, quando os trabalhadores melhor remunerados vêm, cada vez mais, comprando estes serviços.

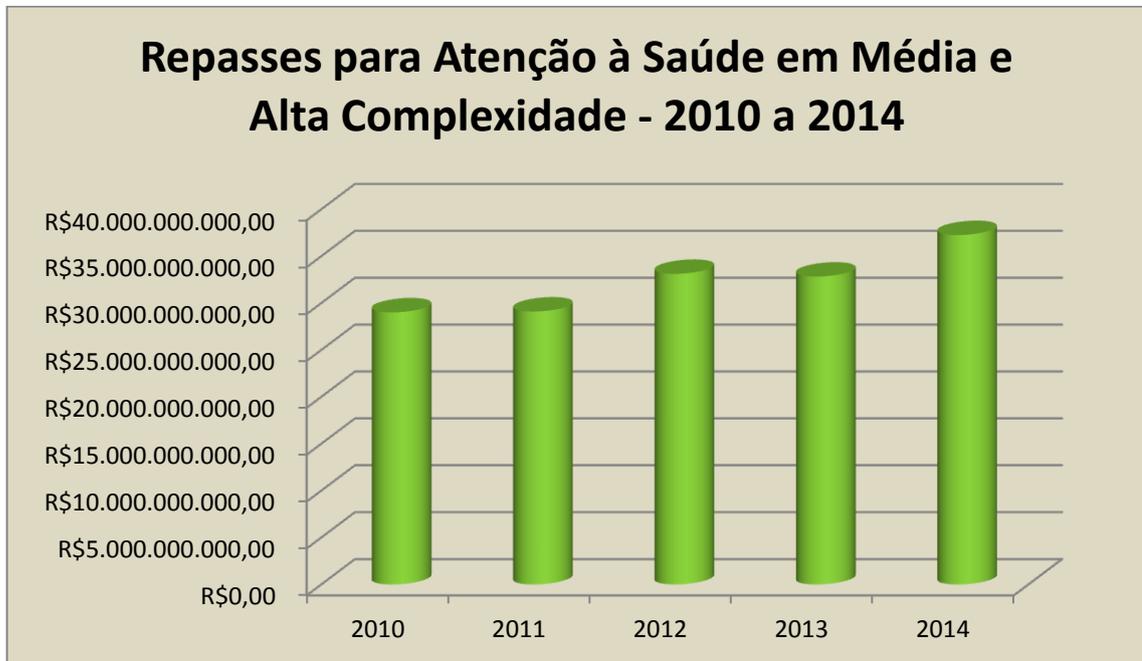
Outra forma de repasse de recursos públicos da saúde para o setor privado acontece através dos “novos modelos de gestão” – como OSs, OSCIPs e FEDPs. Esse é o processo de privatização do que é público, quando o Estado abdica de ser o executor dos serviços públicos, e abre espaço para a iniciativa privada ser a fornecedora destes serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades privadas.

Em seguida, o gráfico 4 apresenta o orçamento para a Ação à Saúde da População em Procedimentos de Alta e Média Complexidade, o que inclui procedimentos em saúde cardiovascular, queimados, implantes cocleares (deficiência auditiva), ortopedia, fissura

²⁹ Estima-se que cerca de 60% dos recursos públicos da saúde são alocados na rede privada, através de convênios/compra de serviços privados. (Lima, 2014)

labiopalatal, neurologia e neurocirurgia, tratamento da obesidade, doenças raras, doença renal, processo transexualizador³⁰, etc.

Gráfico 4



Fonte: Portal da Transparência – Governo Federal

No período analisado há um aumento do orçamento para as ações em saúde de alta e média complexidade, aumento este de aproximadamente R\$ 8 bilhões entre 2010 e 2014. Apesar dos cortes na saúde básica a partir de 2012, este setor de média/alta complexidade não parece ter sofrido tanto com eles.

O motivo disso é que as prestadoras de serviço que se inserem no setor de alta complexidade são muito poderosas política e economicamente e, por isso, o Governo não tem

³⁰ “Em 19 novembro de 2013 foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.803, que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde). A nova portaria insere-se no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e estabelece como diretrizes para a assistência ao/a usuário/a com demanda para realização do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde: a integralidade da atenção a transexuais e travestis, buscando estruturar uma linha de cuidado desde a atenção básica à especializada; trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; integração com os demais pontos de atenção da rede de saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica, incluindo-se o acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores/as e demais usuários/as da unidade de saúde para o respeito às diferenças, em todos os níveis de atenção.” (Portal da Saúde, 2014)

como deixar de pagá-las. As empresas ligadas ao fornecimento de materiais e serviços ao setor de alta complexidade usufruem de uma permanente relação econômica com os três níveis de governo, mesmo em períodos de corte orçamentário, porque são grandes grupos econômicos que prestam serviços de alto custo, e o Governo não pode deixar de pagar. Entretanto, isso não significa que a qualidade do atendimento aos usuários do serviço de alta complexidade seja melhor. Pelo contrário, a qualidade continua limitada e cada vez mais precária. A saúde de alta complexidade só é mais rentável ao capital.

Apesar do aumento no orçamento geral para ações em saúde de média/alta complexidade, não há no Portal da Saúde³¹ – até a data de fechamento deste trabalho – qualquer referência à RHA. E seria de se esperar que, após as PRT 3.149/12 e PRT 1.397/GM/MS, 2013, houvesse ao menos alguma menção a essas técnicas.

Partindo de tudo que foi trabalhado, pode-se considerar correta a hipótese de que por mais que a ciência avance, esses avanços estão restritos àqueles que podem pagar por eles. Mesmo que o SUS tente socializar esses avanços, esta socialização é de apenas uma parte dos avanços das forças produtivas e da ciência. Com isso, é possível afirmar que o avanço das técnicas de RHA é inversamente proporcional ao investimento que o governo brasileiro dá ao ofertar tais técnicas no âmbito do SUS. Não é, portanto, concretizado o princípio de universalidade do SUS, pois cada vez mais o Estado fortalece a privatização e a minimização das políticas sociais, como forma de favorecer o mercado.

³¹ Página do Ministério da Saúde, Brasília. <www.portalsaude.saude.gov.br>

Considerações finais

No primeiro capítulo foi visto o que são as políticas sociais, que estas são somente possíveis num contexto de capitalismo e luta de classes, uma vez que, historicamente, elas surgiram imbricadas às expressões da Questão Social, e se moldam conforme as determinações econômicas e políticas, sob as configurações do capitalismo, de dado momento histórico. As políticas sociais têm funções que permitem o Estado gerir a força de trabalho, de maneira a vincular os movimentos sociais e suas pressões com as formas de reprodução capitalistas para manter a ordem social.

Foi possível ver como a Contra-Reforma do Estado Neoliberal, implementada pelo Plano Diretor do MARE a partir da segunda metade dos anos 90, iniciou um processo de desmonte da Seguridade Social – que abrange as políticas públicas de Saúde, Previdência e Assistência Social –, através da consolidação da lógica privatista. Com esse processo de Contra-Reforma as políticas sociais tendem a sofrer privatização, focalização e descentralização de sua gestão, se tornando assim pontuais e compensatórias àqueles que não podem usufruir dos serviços oferecidos pelo mercado.

No segundo capítulo foi possível entender brevemente o SUS, que, com seus princípios de universalidade, integralidade e igualdade, representou grande avanço para a política de saúde brasileira. No entanto, apesar de garantido na CF88, o SUS sofreu grande fragmentação com o processo de Contra-Reforma, que tende a estimular o seguro privado de saúde, e deixa que o SUS apenas atenda àqueles que não têm condições de recorrer ao mercado.

Em seguida entendemos a importância do reconhecimento dos Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos, uma vez que devem ser garantidos a todos os seres humanos, e é essencial para reconstrução de direitos e obrigações no que diz respeito ao exercício das funções reprodutivas e da sexualidade. Logo após tivemos um vislumbre da trajetória do

Planejamento Familiar, que vem com um discurso impregnado por uma tendência de controle de natalidade, associado à teoria malthusiana e por equívocos quanto à análise das causas da pobreza. Deste modo, o PF costuma estar vinculado às formas de contracepção e à laqueadura tubária.

Na contramão dessa tendência, está a RHA, que permite a parte da população que não pode ter filhos de forma “natural” usufruir o direito de ter filhos. Cultural e historicamente, a sociedade exige a existência de filhos para a constituição de uma família, o que causa uma pressão social em torno disso e faz com que muitos que não podem tê-los recorram às TRA. Além das motivações pessoais, por conta da pressão social em torno de que “casal sem filhos não é família”, ou que maternidade é essencial para construção da identidade feminina; há o interesse do capital sobre a reprodução, uma vez que, quanto mais pessoas nascem, maior fica o EIR, aumentando o número de trabalhadores em potencial e, assim, condicionando a regulação dos salários.

No terceiro e último capítulo foi observado que a RHA, que se constitui como área de saúde de alta complexidade – o que envolve alta tecnologia e alto custo –, não conta com uma política pública específica, no sentido jurídico do termo, que faça sua garantia no âmbito do SUS. A Portaria nº 3.149, que estabelece o repasse de recursos financeiros no valor de R\$ 10 milhões aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à RHA no âmbito do SUS – os quais totalizam apenas 9 (nove) unidades em todo o território brasileiro, até a presente data –, foi aprovada em 2012; porém, mesma considera que as normativas para o financiamento dos serviços de RHA no âmbito do SUS ainda se encontram em fase de definição.

Esta questão do financiamento levou à pesquisa que revelou um subfinanciamento do SUS na atualidade, uma vez que há o corte do orçamento a partir de 2012 – principalmente em se tratando da Atenção Básica em Saúde – com o objetivo de incentivar o crescimento do

mercado e, com isso, aumentar a privatização dos serviços que deveriam ser públicos. Apesar disso, o setor de média/alta complexidade não sofreu tanto com os cortes do orçamento, uma vez que as prestadoras de serviço deste setor têm muito poder político e econômico e, por isso, o Governo não tem como deixar de pagá-las. Contudo, isso não significa que a qualidade do serviço tenha melhorado.

Partindo de tudo que foi trabalhado ao longo do estudo, é importante pensar que, por mais que a ciência avance, esses avanços estão restritos àqueles que podem pagar por eles. Mesmo que o SUS tente socializar esses avanços, esta socialização é de apenas uma parte dos avanços das forças produtivas e da ciência. Com isso, é possível afirmar que o avanço das técnicas de RHA é inversamente proporcional ao investimento que o governo brasileiro dá ao ofertar tais técnicas no âmbito do SUS.

Faz-se necessário o entendimento de que a ampliação de recursos para a saúde está galgada fundamentalmente na indefinição de prioridades da política econômica e nos indícios de privatização do SUS trazidos com a Contra-Reforma do Estado Neoliberal.

Também é importante frisar o quanto o financiamento da saúde vem sendo desfalcado por conta dos “novos modelos” de gestão, que expressam a entrega do patrimônio do SUS ao setor privado. Esses novos modelos são as OSs, OSCIPs, FEDPs e EBSEH (Capítulo 1, item 1.3.1), que formam uma lógica de “empresariamento da saúde”, fazendo com que o Estado estabeleça contratos com tais entidades privadas e repasse para estas os recursos do fundo público em troca da prestação de seus serviços. Essa nova relação entre o público e o privado traz a necessidade de uma reflexão sobre o papel do Estado em garantir o direito à saúde como direito de cidadania.

Há duas questões essenciais para assimilar os problemas da seguridade social – dentro dela a política de saúde – em sua plenitude. De um lado há a lógica regressiva do sistema tributário, que faz com que os trabalhadores sejam os financiadores das políticas sociais. E, de

outro lado, há a prioridade na transferência do fundo público para o capital através da dívida pública, o que causa a estagnação nos gastos com políticas sociais.

No caso específico da saúde, o setor privado tem sido beneficiado pela lógica de financiamento, uma vez que recebe do SUS por meio do pagamento de procedimentos realizados pela rede contratada.

Esse movimento abre espaço para o processo de Contra-Reforma, presente em discursos e ações políticas, que causa um desmonte dos direitos sociais conquistados. Os “novos modelos de gestão” – que transferem ainda mais recursos públicos para a iniciativa privada –, vêm sendo implementados sob a justificativa de serem alternativas aos problemas causados pelo subfinanciamento e pela falta de mão de obra capacitada, bem remunerada e com dedicação exclusiva, que causam o sucateamento dos serviços públicos e a queda de sua qualidade.

Essa privatização do que é público atinge intensamente o conceito de direito social, na medida em que engloba não só a saúde, mas a assistência social, a cultura, o lazer, e outros serviços. Isso acontece porque, como o objetivo é maximizar as taxas lucrativas, a oferta dos serviços de saúde tende a ser concentrada nas regiões ricas do país, enquanto esse tipo de gestão foge do controle democrático e a qualidade e quantidade dos serviços é reduzida. Com a aprovação desses modelos de gestão, a saúde passa a ser gerida pela lógica do lucro, e não mais do direito social.

Os problemas da saúde pública no Brasil podem encontrar sua solução na recomposição de seu orçamento ao se implementar efetivamente o SUS público e universal, e não nas privatizações cada vez maiores e no favorecimento do capital em detrimento das necessidades sociais da população trabalhadora.

Neste contexto de desmonte dos direitos sociais e consolidação do ideário neoliberal expresso no interesse do capital na privatização da saúde, é necessário que trabalhadores,

profissionais da saúde – onde se inserem os Assistentes Sociais –, entidades da sociedade civil e movimentos sociais lutem contra a privatização do setor, em prol de um sistema de saúde universal, público e de qualidade, em plena concordância com o projeto de reforma sanitária.

Referências

ABC.MED.BR, 2012. **Qual a diferença entre infertilidade e esterilidade? Quais são as causas?**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/309845/qual-a-diferenca-entre-infertilidade-e-esterilidade-quais-sao-as-causas.htm>>. Acesso em: 26 mai. 2014.

ALVES, J. E. D. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Texto para discussão da Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ENCE/IBGE, nº4, Rio de Janeiro, 2002.

AQUINO, E.; BARBOSA, R.; HEILBORN, M.; BERQUÓ, E. **Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

ARAGÃO JUNIOR, G. A. **A função do Fundo Público na seguridade social brasileira e no financiamento da saúde**. 2011. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).

BARROS, J. A. C. **Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos**. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 17: 377-86, 1983.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2008.

_____. **III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2013.

_____. **Lei nº 9.263**, de 12 de Janeiro de 1996.

_____. **Lei nº 9.637**, de 15 de Maio de 1998.

_____. **Lei nº 9.790**, de 23 de Março de 1999.

_____. **Lei nº 13.019**, de 31 de Julho de 2014.

_____; Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____; _____. **Portaria nº 388**, de 06 de Julho de 2005.

_____; _____. **Portaria nº 426/GM**, de 22 de Março de 2005.

_____; _____. **Portaria nº 1.187/GM**, de 13 de Julho de 2005.

_____; _____. **Portaria nº 3.149**, de 28 de Dezembro de 2012.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: BRAVO, M.I.S.; MOTA, A.E.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M.. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2ªed.Cortez Editora: São Paulo, 2007, v. 1, p. 88-110.

_____. **A Saúde no Brasil na Década de 90: Projetos em Disputa**. Superando Desafios, Rio de Janeiro, v. 4, 1999.

BUCOSKI, C., SILVEIRA, R.. **Políticas Públicas de Reprodução Assistida e Seus Desdobramentos Jurídicos e Bioéticos**. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.sare.anhanguera.com/index.php/anuic/article/view/479/464>>. Acesso em: 19 Jan. 2014.

CÂMARA NOTÍCIAS. **Proposta renova DRU até 2023 e amplia desvinculação para 30% da receita**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ADMINISTRACAO-PUBLICA/491966-PROPOSTA-RENOVA-DRU-ATE-2023-E-AMPLIA-DESVINCULACAO-PARA-30-DA-RECEITA.html>>. Acesso em: 03 Set. 2015.

CISLAGHI, Juliana Fiuza ; SOUZA, T. ; TEIXEIRA, Sandra de Oliveira. **Financiamento do SUS: principais dilemas**. In: II Conferência de Desenvolvimento IPEA, 2011, Brasília. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos Ipea e Associações de Pós-Graduação em Ciências Humanas - II CODE, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2010.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros**. In: BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Unicamp; 2003.

CORREIA, M. V. C. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira**. Política de saúde e Serviço Social: impasses e desafios. *Temporalis*, São Luiz, ano 7, n. 13, jan./jun. 2007.

_____. **Orientações do Banco Mundial à Política de Saúde Brasileira: Flexibilização da gestão e as fundações Estatais**. In: XI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2008, São Luís / MA. XI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - Trabalho, Políticas Sociais e Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social: resistências e desafios, 2008.

COSTA, Ana Maria. **Planejamento Familiar no Brasil**. 1995.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade**. In *Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 2, nº 3, dezembro de 2005 – ISSN – 1807-698X. Disponível em <<http://www.assistentesocial.com.br>> Acesso em: 17 de abril de 2015.

DINIZ, Debora. **Tecnologias reprodutivas no debate legislativo.**In: Revista MultiCiência – População, Bem Estar e Cidadania, nº 6. São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.multiciencia.unicamp.br/art03_6.htm> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

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

FREITAS, Marcia de; SIQUEIRA, Arnaldo AF; SEGRE, Conceição A M. **Avanços em reprodução assistida.** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2008, vol.18, n.1, pp. 93-97. ISSN 0104-1282.

GARCIA, Sandra. **Considerações sobre a reprodução assistida no contexto brasileiro.** XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. São Paulo, 2012.

GRANEMANN, Sara. **Fundações Estatais: projeto de estado do capital.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs). Cadernos de Saúde.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A Questão Social no capitalismo.** In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

LEITE, Tatiana Henriques; HENRIQUES, Rodrigo Arruda de Holanda. **Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações.** Physis, Rio de Janeiro, v. 24, nº 1, p. 31-47, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100031&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 26 de maio de 2015.

LIMA, Eduardo Sales de. **Corte no Orçamento de 2012 favorece o mercado.** Brasil de Fato. 23 de Março de 2012. Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/9135>> Acesso em: 06 Set. 2015.

LUNA, Naara. **Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

MARX, Karl. **A Questão Judaica.** Tradução por: Artur Morão. 2. ed. 1989. Disponível em: <<http://www.lusosofia.net/>> Acesso em: 11 de Junho de 2015.

MEDEIROS, Luciana Soares de; VERDI, Marta Inez Machado. **Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.2, pp. 3129-3138. ISSN 1413-8123.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal, Parte Geral, volume 1.** 8ª ed. São Paulo: Atlas, 1994, p. 94.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. **Famílias e Patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa.** *Psicologia & Sociedade*, 2006, nº 18 (1), p. 49-55.

NASCIMENTO, M.H.C. **Os processos de privatização na política social de saúde do Brasil e os interesses do capital**. Rio de Janeiro, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 1, 3.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D. & MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Giovanella, L. et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINTO, Celi Regina Jardim. **Feminismo, História e Poder**. Revista Sociologia e Política (UFPR. Impresso), v. 18, p. 15-23, 2010.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos reprodutivos como direitos humanos**. In: Buglione S, organizadora. *Reprodução e Sexualidade: Uma questão de justiça*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor e Themis - Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero; 2002.

PORTAL DA SAÚDE. **Processo Transexualizador**. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/898-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/13-media-e-alta-complexidade/12669-cgmac-teste-botao-8>> Acesso em: 06 Set. 2015.

REPRODUÇÃO ASSISTIDA. **Profissão Repórter**. Rede Globo, 03 de Março de 2015. Programa de TV.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

RUSSO, Jane. **A sexologia na era dos direitos sexuais**. In: VELHO, Gilberto; DUARTE, Luiz Fernando (org.). *Gerações, família, sexualidade*. 1.ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009, v. 1, p. 63-76.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais no Brasil**. Serviço Social em Revista (Online), v. 14, p. 4-22. Londrina, 2012.

_____. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo**. Serviço Social & Sociedade, v. 104, p. 605-631. São Paulo, 2010.

SIMÕES, Júlio Assis. **A sexualidade como questão social e política**. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José (org.). *Diferenças, Igualdade*. 1ª Ed. São Paulo: Berlendis&Vertecchia Editores, 2009, v. 1, p. 150-192.

SCAVONE, Lucila. **A Maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais.** *Cadernos Pagu*, 2001, nº 16, p. 137-150.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** *Educação & Realidade*. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, p. 71-99.

SIQUEIRA, Luana de Souza. **Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos.** 1ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

VARGAS, Eliane Portes; RUSSO, Jane A.; HEILBORN, Maria Luiza. **Sexualidade e reprodução: usos e valores relativos ao desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.1, pp. 153-162. ISSN 0102-311X.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3ª Ed. Brasília: UFNPA, 2009.

VIANNA, M. L. T. W. **Política Versus Economia: Notas Sobre Globalização, Estado e Bem-Estar.** In: Silvia Gerschman; M. L. T. W. Vianna. (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da modernização.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

VIEIRA, Evaldo. **Democracia e Política Social.** São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1992.

VIEIRA, Fernanda Bittencourt. **As tecnologias da reprodução: discursos sobre maternidade e paternidade no campo da reprodução assistida no Brasil.** *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 23, n. 3, set./dez. 2008, p. 785-812.