

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

VALÉRIA COELHO DE OMENA

**A RELAÇÃO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE
SAÚDE BRASILEIRA: OS INTERESSES DO CAPITAL NA ATENÇÃO
ONCOLÓGICA**

Maceió
2008

VALÉRIA COÊLHO DE OMENA

**A RELAÇÃO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE
SAÚDE BRASILEIRA: OS INTERESSES DO CAPITAL NA ATENÇÃO
ONCOLÓGICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas para a obtenção do título de mestre em Serviço Social

Orientadora: Dr^a. Maria Valéria Costa Correia

Maceió
2008

Dedico este trabalho a minha mãe, Ivonilda Coelho, pelo legado dos “estudos” como herança, proporcionando-me um futuro de horizontes amplos.

Ao meu pai, Cícero Amaro, que partiu para a eternidade na fase inicial deste trabalho.

E ao meu amor, Fernando Medeiros, por sua compreensão, dedicação e companheirismo incondicional: sem você, com certeza, essa empreitada seria muito mais difícil.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que sempre me iluminou e me fez chegar até aqui;

A minha orientadora, Maria Valéria Costa Correia, pelas valiosas reflexões e contribuições sinceras a este trabalho. E, principalmente, ao esforço conjunto que dispensamos em transformar um projeto, inicialmente pouco factível, nesta dissertação que ora se apresenta, marca da ampla liberdade com que me foi permitido desenvolvê-la, motivando-me a admirá-la cada vez mais por sua competência, generosidade, profissionalismo e amizade;

Aos membros da Banca de Qualificação, pelo olhar atento e pelos valiosos comentários e sugestões na qualificação, que tanto enriqueceram este trabalho, possibilitando contornos mais bem definidos a esta dissertação;

À Universidade Federal de Alagoas e ao Hospital Universitário, por terem permitido o meu afastamento para que eu fizesse o mestrado em condições ideais e cumprisse com os prazos definidos;

As colegas do Serviço Social do HUPAA, pelo companheirismo e solidariedade;

Aos técnicos, bolsistas, professores e colegas do Programa de Pós-Graduação de Serviço Social: cada gesto, cada palavra dita, e também as não ditas, foram contribuições importantes nesta jornada;

A Terezinha, técnica da Secretaria Municipal de Saúde, que mesmo sem me conhecer me guiou no acesso aos dados do DATASUS, indispensáveis na pesquisa quantitativa;

Ao Sidney Wanderley e Ana Luiza, sem vocês este trabalho não estaria completo;

A amiga Rosilene (Leninha), que se disponibilizou para a elaboração dos gráficos;

À inquieta Silvia, amiga de inúmeras horas de discussões teóricas e autora de sutis questionamentos, sempre muito bem-vindos;

Aos meus irmãos Valquíria e Valkinai, pelo carinho e compreensão por meu afastamento durante esses dois anos, e aos meus sobrinhos Pedro e Marcos, em especial a Maria Clara, que nasceu na fase final desta dissertação;

A todos os amigos com quem compartilhei risos e lágrimas durante esta empreitada, em especial, Angélica, Leninha, Tereza, Hellem, Kátia e Osvaldo, e aqueles que, mesmo a distância, me apoiaram e me incentivaram a continuar.

“É preciso atrair violentamente a atenção para o presente tal qual ele é, se quisermos transformá-lo”.

“Pessimismo da razão, otimismo da vontade”.

Antonio Gramsci

RESUMO

O trabalho tem como objeto de estudo a relação entre o setor público e o privado na atenção oncológica e suas implicações no fortalecimento do projeto do capital, e como objetivo geral analisar de que forma o setor privado tem se beneficiado com a política de atenção oncológica no Brasil. Realizou-se, inicialmente, um estudo acerca da relação Estado e Capital, explicitando as modificações ocorridas no modo de produção capitalista, nas estruturas políticas e econômicas a partir da crise contemporânea do capital, identificando a relação de conflito existente entre estes dois setores. Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se como recurso metodológico a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. A pesquisa documental e a análise foram desenvolvidas a partir de dados obtidos em fontes primárias, fontes oficiais e em órgãos de imprensa de divulgação nacional. O período da coleta de dados quantitativos secundários estendeu-se de 1998 a 2007. A perspectiva dialética histórico-crítica é o referencial utilizado para a realização da pesquisa e para a exposição do objeto estudado. Para qualificar os termos público e privado, foram tomados como ponto de partida os escritos dos autores clássicos como Hannah Arendt, Habermas e Norberto Bobbio, e como referência de análise os escritos de autores marxistas contemporâneos, em especial o aporte teórico de Antonio Gramsci. Em seguida, foi descrita a relação do setor público e privado na política de saúde brasileira, fazendo uma análise da atenção oncológica, apontando as influências e as condicionalidades dos organismos internacionais (FMI e BM) nas políticas estatais brasileiras, descortinando seus interesses e suas formas de intervenção na política de atenção oncológica, destacando suas orientações para a atenção básica, e de média e alta complexidade, principalmente os projetos de acesso e ampliação ao tratamento de câncer, como o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (EXPANDE), o Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" (REFORSUS) e o Projeto de Reequipamento Hospitalar, além do incentivo às parcerias público-privadas nos CACONs, UNACONs e no próprio Instituto Nacional de Câncer – INCA. Conclui-se que a evolução da política de atenção oncológica no Brasil – resultado do complexo jogo de interesses e contradições existentes no Estado – tem se apresentado sob dois vieses: por um lado, segue em direção à ampliação do acesso aos serviços de saúde; por outro, em consonância com as orientações do Banco Mundial, fortalece e expande o setor privado, seja no setor estatal, via compra de equipamentos, insumos e serviços, seja no setor privado. Em ambos os casos o que está em jogo é a lógica mercantilista do Estado Liberal: o lucro.

Palavras-chave: Estado; Relação Público e Privado; Política de Atenção Oncológica; Política de Saúde; Organismos Internacionais.

ABSTRACT

The work has as study object the relation between the public sector and private in oncology care and their implications for strengthening the capital project, and as general aim to review how the private sector has benefited from the oncology care policy in Brazil. There was, initially, a study about the relation State and Capital, explaining the changes in the capitalist mode of production, in the political and economic structures from the contemporary crisis of the capital, identifying the conflict relationship between these two sectors. For Research Development, it was used as methodological resource the literature search and the documentary research. The documentary research and the analysis were developed from primary sources data, official sources and organs of the nationally disseminate press. The period for gathering quantitative data side has been from 1998 to 2007. The historical-critical dialectic perspective is the referential used for research and for the exposure of the object studied. To qualify the public and private terms, it was taken as starting point the writings of classic authors such as Hannah Arendt, Habermas and Norberto Bobbio, and as analyzing reference the writings of contemporary Marxists authors, especially the theoretical contribution of Antonio Gramsci. It was then described the relation between public and private sectors in Brazilian healthy policy, making an analysis of oncology care, pointing the influences and the conditionalities of international agencies (IMF and WB) in the Brazilian state policies, identifying their interests and their intervention forms in the policies of oncology care, highlighting its guidelines for basic care, and middle and high complexity, especially the access and expansion projects to treatment of cancer, such as the Expansion Project of Assistance Oncology (EXPANDE), the Project " Strengthening the Reorganization of SUS "(REFORSUS) and the Project for retrofitting Hospital, besides encouraging the public-private partnerships in CACONs, UNACONs in itself and the National Cancer Institute - INCA. It follows that the evolution of the oncology care policies in Brazil - the result of the complex set of interests and contradictions that exist in the state - has been presented in two ways: on the one hand, the direction is the expansion of access to health services, for another, in line with the guidelines of the World Bank, it strengthens and it expands the private sector, in the state sector, for purchase of equipment, supplies and services, in the private sector. In both cases what is at stake is the commercial logic of Liberal State: the profit.

Keywords: State, Private and Public Relation; Oncology Care Policy, Healthy Policy; International Organizations.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Objetivos da Estratégia para o Setor Privado do Grupo Banco Mundial -----	123
Tabela 2	Procedimentos Hospitalares do SUS – Grupo Procedimento: Cirurgias Oncológicas (Cirurgia Oncológica – I a Cirurgia Oncológica – IX). Regime: Público, Privado, Universitário -----	138
Tabela 3	Produção Ambulatorial do SUS – Brasil. Valor Aprovado por Ano/Competência segundo Tipo Prestador. Item Prog.: QUIMIOTERAPIA Período: Jan/1998-Dez/2007-----	140
Tabela 4	Produção Ambulatorial do SUS – Brasil. Valor Aprovado por Ano/Competência segundo Tipo Prestador. Item Prog.: RADIOTERAPIA Período: Jan/1998-Dez/2007-----	142

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição de Recursos Humanos no INCA em maio de 2007 -----	126
Figura 2	Valor pago pelo SUS por cirurgias oncológicas realizadas no período1998-2007 (reais) -----	139
Figura 3	Varição anual do valor pago pelo SUS por cirurgia oncológica entre 1998-2007(%) -----	139
Figura 4	Total pago pelo SUS por quimioterapias realizadas no período1998-2007 (%) -----	140
Figura 5	Valor pago pelo SUS por quimioterapias realizadas no período1998-2007 (reais) -----	141
Figura 6	Varição do valor pago pelo SUS por quimioterapia no período1998-2007 (%) -----	141
Figura 7	Valor pago pelo SUS por radioterapias realizadas no período1998-2007 (reais) -----	142
Figura 8	Varição anual do valor pago pelo SUS por radioterapia entre 1998-2007(%) -----	143
Figura 9	Instituições cadastradas como UNACON em 2002-----	143
Figura 10	Instituições cadastradas como CACON em 2002-----	144
Figura 11	Estabelecimentos Públicos e Privados Habilitados na Alta Complexidade em Oncologia a partir de 2008-----	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIF	Associação Internacional de Fomento
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ALCA	Área de Livre Comércio das Américas
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAE	Comissão de Assuntos Econômicos
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF	Constituição Federal
CFI	Corporação Financeira Internacional
CIADI	Centro Internacional de Arranjo de Diferenças relativas de Investimento
CID-O	Código Internacional de Doenças para Oncologia
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CMI	Complexo Médico-Industrial
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSSL	Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DNC	Divisão Nacional de Câncer
DNDCD	Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América

EXPANDE	Projeto de Expansão da Assistência Oncológica
FAF	Fundação Ary Frauzino
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FINEP	Financiadora de Estudos de Projetos e Programas
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOF	Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguros
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISS	Imposto Sobre Serviços
JBIC	Japan Bank International Cooperation
LDO	Leis de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Leis Orçamentárias Anuais
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPS	Organização Panamericana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PC	Partido Comunista
PIB	Produto Interno Bruto

PIS	Contribuição sobre o Programa de Integração Social
PNCC	Plano Nacional de Combate ao Câncer
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PPA	Plano Plurianual
PPP	Parceria Público-Privada
Pro-Onco	Programa de Oncologia
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNC	Serviço Nacional do Câncer
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UICC	União Internacional de Controle do Câncer
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL: A RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO	20
1.1. ESTADO E CAPITAL: A RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO	20
1.1.1 <i>Bases histórico-conceituais e a perspectiva liberal</i>	21
1.1.2 <i>Perspectiva histórico-crítica da concepção de Estado e da Relação Público e Privado</i>	29
1.2 O PAPEL DO ESTADO ANTE A CRISE DO CAPITAL.....	41
1.2.1 <i>Fundo Público em disputa</i>	45
1.3 O ESTADO BRASILEIRO: RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO.....	49
1.3.1 <i>Particularidades do Neoliberalismo no Brasil</i>	61
2 O BENEFICIAMENTO DO SETOR PRIVADO PELO SETOR PÚBLICO: OS INTERESSES DO CAPITAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA.....	69
2.1 CÂNCER: DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS E POLÍTICOS	71
2.2 A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO	73
2.2.1 <i>A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde</i>	91
2.3 ORIENTAÇÕES DO BANCO MUNDIAL À POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: REBATIMENTOS NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA	105
2.3.1 <i>Modelos de Parcerias Público-Privadas na Política de Saúde Brasileira: Inter-relação com Atenção Oncológica</i>	114
2.3.1.1 <i>Instituições Filantrópicas</i>	115
2.3.1.2 <i>Parceria Público-Privada – PPP</i>	119
2.3.1.3 <i>Parceria Público-Privada no INCA</i>	124
2.3.1.4 <i>Projeto EXPANDE</i>	127
2.3.1.5 <i>Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" – REFORSUS</i>	129
2.3.1.5.1 <i>Projeto de Reequipamento Hospitalar</i>	134
2.4 A RELAÇÃO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA	137
CONCLUSÕES	146
REFERÊNCIAS	150

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é fruto, inicialmente, de uma atuação profissional e de observações empíricas acumuladas ao longo de quatro anos, que envolvem o período de especialização no Instituto Nacional de Câncer – INCA, no Rio de Janeiro, em 2004, e nos anos subseqüentes como assistente social no Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA, em Maceió/AL.

Durante este período observamos as ações do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer no tocante à ampliação do acesso à atenção oncológica, a exemplo da implantação de projetos como: o projeto de Expansão da Assistência Oncológica (projeto EXPANDE), o projeto REFORSUS e o Projeto de Reequipamento Hospitalar. De acordo como o Ministério da Saúde, através da implantação desses projetos, objetivou-se aumentar a capacidade instalada da rede de serviços oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de melhorar e redistribuir os serviços já existentes. Nesta perspectiva buscou-se romper com a predominância do modelo assistencial, que apresentava uma quantidade significativa de serviços isolados de quimioterapia e radioterapia cadastrados no SUS sem condições de prover assistência integral aos pacientes com câncer, além da inadequada distribuição geográfica dos serviços no território nacional, com uma concentração nas áreas economicamente mais ativas e déficits importantes no interior do país, como nas regiões Norte e Nordeste.

A partir dessas ações, em todo o Brasil, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS,¹ o governo brasileiro, através do SUS, registrou em 2005 cerca de 420 mil internações por neoplasias malignas, além de 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia. Mensalmente, segundo este mesmo órgão, são tratados cerca de 128 mil pacientes em quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial. Nos últimos cinco anos observou-se um aumento expressivo no número de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade² do SUS. Dados do MS revelam

¹ O DATASUS é um órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, cuja responsabilidade é coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Suas extensões estaduais constituem a linha de frente no suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Sua missão é: prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde, através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado destes. Disponível em < <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>> acesso em 25 de setembro de 2007.

² De acordo com o Ministério da Saúde, a Alta Complexidade caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a

que a doença ocupa o segundo lugar em causas de mortes no país, com mais de 130 mil óbitos anuais, ficando à frente, até mesmo das mortes por causas externas, perdendo apenas para as mortes causadas pelas doenças cardiovasculares.

Diante do exposto, parecia-nos contraditório que, se por um lado o governo brasileiro adotava políticas para melhoria e extensão do acesso ao tratamento oncológico em todo o país, e com isso ampliava a alta e média complexidade, por outro, as orientações do Banco Mundial eram para que o governo brasileiro financiasse a prestação de serviços de saúde pública e serviços clínicos essenciais, ficando os demais serviços clínicos (a média e alta complexidade) a serem financiados pelo setor privado³.

Outrossim, fomos formulando algumas indagações, dentre elas, como o governo brasileiro estava ampliando a atenção oncológica e ao mesmo tempo atendendo às orientações do BM? Seria possível que o governo estivesse contrariando os organismos internacionais no tocante à atenção oncológica? Quais os interesses econômicos e/ou políticos que envolvem o tratamento de câncer? Quais os interesses dos setores público e privado na atenção oncológica? De que forma o setor privado tem se beneficiado dos recursos públicos na prestação de serviços à oncologia? De que forma essa relação tem atendido ao projeto do capital?

A partir dessas questões definimos como tema de estudo: A relação do setor público e privado na política de saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica. Delimitamos como objeto de estudo a relação entre o setor público e o privado na atenção oncológica e suas implicações no fortalecimento do projeto do capital. E assim, definimos como objetivo geral analisar de que forma o setor privado tem se beneficiado com a política de atenção oncológica no Brasil. Para alcançar esse objetivo, propusemos três objetivos específicos: identificar como tem se dado a relação entre o setor público e o privado na política de saúde e na atenção oncológica; conhecer como o setor privado (mercantil) tem se beneficiado dos recursos públicos (estatais) na prestação de serviços na atenção oncológica; e investigar de que forma essa relação tem atendido aos interesses do capital na atenção oncológica.

serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835#> acesso em 25 de setembro de 2007.

³ Estão contidas nos acordos firmados entre o Brasil e os organismos internacionais (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial) orientações a fim de criar as condições para uma inserção competitiva à globalização. Em seu relatório de 1993, dedicado ao setor saúde – denominado *Investindo em Saúde* –, o BM exigiu ações e programas de ajuste econômico.

A relevância desse estudo dá-se por alguns fatores: primeiro, por sua atualidade, a relação entre público e privado está no centro de qualquer discussão que envolve as políticas públicas, em especial a política de saúde; segundo, pela contribuição teórica à academia de Serviço Social, principalmente se considerarmos o fato de que a oncologia é também uma demanda para o assistente social e com pouca produção bibliográfica; terceiro, por seu ineditismo, pois, apesar do vasto levantamento bibliográfico, não identificamos nenhuma produção no Serviço Social ou em qualquer outra área sobre a relação público e privado na atenção oncológica; e quarto, pelo entendimento de que a elucidação dos enlaces entre o público e o privado na atenção oncológica poderá contribuir no reordenamento de ações que visem o fortalecimento do setor público.

Para alcançar os objetivos (geral e específicos) definidos, utilizamos as pesquisas qualitativa e quantitativa. A pesquisa qualitativa abrange a pesquisa teórica bibliográfica e a pesquisa documental⁴. Dada a especificidade histórica do objeto de estudo, estes dois instrumentais metodológicos foram imprescindíveis ao nosso estudo.

As fontes bibliográficas foram tomadas como base para análise das diversas posições em torno da problemática, abrangendo o estudo sobre a política de saúde brasileira e a relação público e privado neste setor. Nessa perspectiva, realizamos uma construção teórica aprofundada acerca da relação do público e do privado, a partir da análise crítica dos escritos de autores clássicos que dois conceitos (público e privado): Hannah Arendt, Habermas e Norberto Bobbio. O referencial teórico eleito foi o do marxista Antonio Gramsci, para embasar nossa análise, além dos escritos de autores marxistas contemporâneos.

Tomamos ainda como referência, para pesquisa bibliográfica, trabalhos, dissertações, teses, resultados de estudos e análises na área da conjuntura macroeconômica e dos caminhos trilhados na crise contemporânea do capital e seus rebatimentos na intervenção estatal no Brasil, especificamente, no campo da saúde, e na política de atenção oncológica. Outrossim, enfocamos a maneira como as políticas definidas pelos organismos financeiros internacionais interferem na política de combate ao câncer no Brasil. Portanto, o estudo bibliográfico domina a investigação, promovendo a identificação dos autores clássicos e contemporâneos, permitindo o diálogo com o conhecimento acumulado e fornecendo os fundamentos teóricos necessários ao desvelamento dos traços constitutivos do objeto.

⁴ Optamos pela pesquisa qualitativa por considerá-la a mais apropriada para o objeto de estudo em pauta.

A pesquisa documental foi de grande relevância para o nosso estudo e se deu em dois âmbitos: o primeiro foi a consulta aos documentos dos organismos financeiros – FMI e Banco Mundial –, que tratam das imposições econômicas e políticas para o repasse de recursos aos países periféricos por eles subsidiados, elaborados a partir dos anos 1980, uma vez que esses documentos têm servido de base para as contra-reformas do Estado brasileiro e para a área da saúde. O segundo âmbito da pesquisa documental foi o estudo dos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde referentes à política de atenção oncológica brasileira, estes envolvem. Portarias, Propostas de Emendas Constitucionais, Decretos, Medidas Provisórias e Planos e Programas do Ministério da Saúde. Assim, foi possível realizar uma análise desses documentos e das políticas de saúde adotadas pelo governo federal, o que nos permitiu uma aproximação dos determinantes da política de atenção oncológica brasileira, observando o imbricamento do público e do privado na política de saúde e, especificamente, a ampliação do acesso ao tratamento do câncer no Brasil.

Na pesquisa quantitativa (estatísticas descritivas com coleta de dados primários a partir do DATASUS e do TABWIN⁵ (Tabulador de Informações de Saúde para ambiente Windows). Para melhor manuseio deste programa foi necessário participar do curso de educação a distância “Noções básicas sobre Tab para Windows”, ofertado pelo MS, através do UniverSUS e do DATASUS⁶. O período de tempo delimitado para a coleta de dados quantitativos secundários foi de 1998 a 2007. O critério utilizado para a escolha desse período justifica-se em decorrência de que, no ano de 1998, foram publicadas, pelo Ministério da Saúde, duas Portarias Ministeriais, 3.535 e 3.536. A primeira refere-se à estruturação dos serviços oncológicos e à reorganização do nível terciário no sistema de alta complexidade em

⁵ O TABWIN consiste em um programa desenvolvido pelo DATASUS e utilizado na página Informações de Saúde, que incorpora uma série de novos recursos em relação ao *Tab para DOS*, facilitando ainda mais o trabalho de tabulação e tratamento dos dados. Este programa permite a importação das tabulações efetuadas na Internet (geradas pelo aplicativo *TABNET*); a realização de operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela gerada ou importada pelo TABWIN; a elaboração dos gráficos de vários tipos, inclusive mapas, a partir dos dados dessa tabela; além de permitir a outras operações nas tabelas, ajustando-as conforme a necessidade do pesquisador. O TABNET consiste em um programa elaborado pelo DATASUS com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde realizar tabulações rápidas sobre os arquivos. Especificamente para os pesquisadores do setor Saúde, este programa facilita: na construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e dos aspectos demográficos de interesse (educação, saneamento, renda etc) - por estado e município; no planejamento e programação de serviços; na avaliação e tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos; na avaliação do impacto de intervenções nas condições de saúde. Cf. **TABWIN** Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B373C8D478E5FG17HIJd3L1MONTABWIN-%20ApresentaçãoP&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=478&VAba=0&VI=1> Acesso em 14 de janeiro de 2009.

⁶ Cf. **UniverSUS**. Disponível em <<http://universus.datasus.gov.br/>> Acesso em 14 de janeiro de 2009.

oncologia, e a segunda diz respeito às novas regras para autorização, cobrança e pagamento de procedimentos quimioterápicos e radioterápicos. A escolha do ano de 2007 deu-se por ser este o último ano apresentado pelo DATASUS para os dados quantitativos secundários até o presente.

Nessa direção, esta dissertação foi estruturada em duas seções: a seção I representou o ponto de partida do estudo, na qual desenvolvemos uma análise das modificações ocorridas no modo de produção capitalista, nas estruturas políticas e econômicas, a partir da crise contemporânea do capital, identificando a relação existente entre o Estado e o capital, cujo pano de fundo é a relação promíscua entre o público e o privado; este recorte foi necessário para apreendermos como esta relação está enraizada nas transformações ocorridas no modo de produção capitalista, no desenvolvimento da sociedade moderna e no papel atribuído ao Estado. Em especial no Brasil, com as transformações ocorridas na contemporaneidade, a introdução do projeto neoliberal e a disputa dos setores e público e privado pelo fundo público.

A partir do estudo sobre a crise contemporânea do capital realizamos um sumário recorte historiográfico, identificando os rebatimentos desta crise na política de saúde. Percebemos que, de fato, não há dicotomia entre o público e o privado, embora, na perspectiva liberal, o Estado corresponda ao espaço público e, portanto, “aparece como instância neutra, de manutenção da ordem, através do uso das leis e como árbitro dos conflitos sociais, garantindo, assim, as condições para o livre mercado, se encarregando apenas dos serviços que não interessam ao mesmo”⁷. Neste sentido, ao tratarmos do Estado e do capital: a relação do público e o privado, optamos metodologicamente por uma profunda revisão bibliográfica que nos conduzisse a uma reflexão conceitualizada sobre o *público* e *privado*, não apenas como simples referência teórica, mas principalmente para termos a definição clara e precisa sobre esses dois conceitos. Identificamos que há uma vasta bibliografia que trata dessa temática, mas optamos por abordar esses conceitos em seu caráter histórico, não os tomando como manifestações naturais desta sociedade, mas, sobretudo, nas relações de produção e reprodução das relações sociais no contexto da sociedade capitalista, ou seja, os contextualizando-os em um movimento contraditório, dialético e histórico.

Na seqüência, identificamos o papel do Estado frente à crise do capital a partir do *Welfare State*. Abordamos, ainda, o fundo público e as disputas existentes na esfera estatal por

⁷ Cf. CORREIA, 2005.

estes recursos, direcionando nosso estudo ao cenário nacional, sobre o Estado brasileiro: relação público e privado e as particularidades do neoliberalismo no Brasil contemporâneo.

Na Seção II abordamos o beneficiamento do setor privado pelo setor público: os interesses do capital na atenção oncológica. *A priori*, definimos o que é o câncer, identificando seus determinantes socioeconômicos e políticos; em seguida, tratamos da atenção oncológica na política de saúde no Brasil, identificando os determinantes sociais, econômicas e políticos que a envolvem e a relação público e privado neste espaço; nos itens subseqüentes, apresentamos as orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, descortinando os interesses dos organismos internacionais e suas formas de intervenção na política de atenção oncológica, sobretudo suas orientações para a atenção básica, média e de alta complexidade, através dos projetos de acesso e ampliação ao tratamento de câncer; na seqüência, discorremos acerca dos principais modelos de parcerias na relação público e privado na Política de Saúde brasileira e sua inter-relação com atenção oncológica, e, por fim, apresentamos a relação do setor público e privado na política de atenção oncológica, as formas de beneficiamento do setor privado com a política de combate e tratamento do câncer.

1 CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL: A RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO

Para compreendermos a temática “A relação dos setores públicos e privados na política de saúde brasileira: os interesses do capital na atenção oncológica” é imprescindível iniciar a investigação com uma reflexão, sucinta, acerca da concepção e do papel do Estado moderno. Essa análise teórica nos dará suporte à discussão das concepções de público e privado no debate contemporâneo, e à apreensão do processo de elaboração das políticas sociais no mundo e no Estado brasileiro, desde o pós-Segunda Guerra Mundial.

Partimos do entendimento de que as relações político-sociais estão mediadas pela dinâmica das relações econômicas de exploração do capital/trabalho, portanto, é fundamental estabelecer a associação das políticas sociais com a base econômica, no movimento contraditório do capitalismo em sua fase monopolista.

1.1. ESTADO E CAPITAL: A RELAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Com a ascensão do capitalismo e a divisão do trabalho em *trabalho manual* e *trabalho intelectual* surgiram as dicotomias e os conflitos de interesses entre o individual e o coletivo, entre o público e o privado. Nesta nova ordem, o público e o privado estão situados historicamente, associados aos limites da sociedade capitalista e da lógica de produção e reprodução da vida sob o domínio do capital⁸. Assim, com a implantação do Estado moderno, o conceito de privado passou a ser visto pelo viés das questões do mercado e da privacidade do indivíduo, enquanto o conceito de público foi adotado para a esfera estatal como um espaço de decisões das relações políticas da sociedade.

A intervenção do Estado na esfera privada se deu o final do feudalismo e a introdução das relações sociais de produção capitalistas, desaparecendo assim os velhos mecanismos que vinculavam servos aos proprietários e nobres. Entretanto, historicamente a gênese de público e privado tem origem na sociedade greco-romana, os quais se referem, respectivamente, ao Direito Público e ao Direito Privado, que são as pedras fundamentais do Direito Romano, que, por sua vez, constitui a pedra fundamental de todo o Direito da civilização ocidental. Mas, há diversas compreensões destas duas categorias (público e privado) postas na contemporaneidade.

⁸ Cf. MINTO, 2005.

1.1.1 Bases histórico-conceituais e a perspectiva liberal

A conceituação de público e privado remonta aos tempos homéricos, à sociedade grega, na qual essas duas categorias se manifestavam sob o ponto de vista da privacidade, ou seja, nessa sociedade havia duas ordens de existência rigorosamente separadas: a *polis* (público) e o *oikos* (privado).

A *polis* consistia na comunidade organizada, formada pelos cidadãos (no grego “politikos”), isto é, pelos cidadãos gregos livres, dispensados do trabalho produtivo, com dedicação exclusiva à vida política⁹. Assim, a *polis* remete-nos à esfera da coletividade e ao exercício do poder, à esfera de ação do cidadão, ou seja, ao espaço público no qual existia a perseguição da excelência entre os iguais, em meio às condições de homogeneidade moral e política e de ausência de anonimato, num exercício de individualidades sem representações, com duas atividades: a *ação* e o *discurso*. O *oikos* representava a apropriação individual, o espaço privado no qual se constituía a vida privada, própria do indivíduo, reservada aos proprietários de escravos¹⁰ e de bens, como a casa e a terra, esferas particulares. É também neste espaço que se dão as relações entre os desiguais, ou seja, os que não são cidadãos: os comerciantes, as mulheres e os escravos¹¹.

Até o período feudal, de acordo com Veronez (2005), a concepção de público estava relacionada às concepções de sociedade, política e sociedade civil, enquanto a esfera das relações privadas era reduzida ao ambiente familiar. No âmbito econômico, Elias (1993) aponta que nessa sociedade a “economia nacional desenvolveu-se a partir da ‘economia privada’ das casas feudais governantes”.

Com o final do feudalismo¹² e a introdução da sociedade capitalista, mediante a intervenção do Estado na esfera privada foi possível a fragmentação dos velhos mecanismos que vinculavam os servos aos proprietários e nobres. Segundo Veronez (2005), a acepção de

⁹ Segundo RAICHELIS (1998), a vida pública não estava delimitada num espaço, e a ordem pública fundava-se na economia escravista patrimonial; embora os cidadãos estivessem dispensados da produção, estes tinham participação na vida pública mediante a sua “[...] autonomia privada como senhores da casa”.

¹⁰ Na Antiguidade greco-romana a economia estava baseada na agricultura e a sociedade estava constituída por nobres e escravos. Estes eram considerados indivíduos particulares, necessários aos trabalhos materiais e na produção de bens e serviços. Essa relação era vista como natural e determinada por Deus. A escravatura consistia na conversão dos próprios homens em meios de produção. Conforme Anderson (1982), “[...] a escravatura era, portanto, a mola econômica que unia cidade e campo, para o benefício desproporcionado da *polis*. Servia de suporte a agricultura cativa, que permitia a dramática diferenciação entre uma classe dirigente urbana e as suas origens rurais, e promovia o comércio interurbano que constituía o complemento desta agricultura no Mediterrâneo” (op. cit., p. 24).

¹¹ Cf. CHAUI, 2000.

¹² Cf. MICELI, 1988.

público e privado assimilada ao mundo feudal estava vinculada à “lei divina”, legitimando assim “o poder político das classes dominantes exercido por desígnio de Deus e, portanto, de forma inquestionável e irreduzível”.

Na implantação do Estado moderno, o conceito de privado passou a ser concebido a partir das relações de mercado e da privacidade do indivíduo, enquanto o conceito de público foi adotado para a esfera estatal como um espaço de decisões das relações políticas da sociedade, expresso sob a esfera do Direito e das relações jurídicas¹³.

Assim, com o surgimento do capitalismo e da relação de produção com base no lucro e na exploração do homem pelo homem, surgem as dicotomias e os conflitos de interesses entre o individual e o coletivo, entre o público e o privado. Nesta nova ordem, o público e o privado estão historicamente associados aos limites da sociedade capitalista e da lógica de produção e reprodução da vida sob o domínio do capital¹⁴.

Na teoria política clássica, a esfera pública equivale ao espaço da liberdade dos cidadãos, no qual estes exercem sua capacidade de participação crítica na gestão dos assuntos comuns, sob o princípio da deliberação; um espaço que se opunha, portanto, ao espaço privado regido pela dominação do poder¹⁵.

Hannah Arendt (1989), em sua obra “a condição humana”, concebe as esferas pública e privada a partir da *vita activa* ao afirmar que se trataria da “vida humana na medida em que se empenha ativamente em fazer algo”, ou seja, o pano de fundo da idéia de *vita activa*, consiste na atividade humana. Para a autora, o público está voltado aos interesses privados, ou seja, a esfera pública tornou-se função da esfera privada e a esfera privada tornou-se uma preocupação comum (social). Em suas palavras, esfera pública,

[...] significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele. Este mundo, contudo, não é idêntico à terra ou à natureza como espaço limitado para o movimento dos homens e condição geral da vida orgânica. Antes, tem a ver com o artefato humano, com o produto de mãos humanas, com os negócios realizados entre os que, juntos, habitam o mundo feito pelos homens (ARENDDT, 1989, p. 62).

Assim, a autora defende a tese de que a esfera pública ou o espaço público é tudo aquilo que é comum, que pode ser partilhado em condição de igualdade, por uma

¹³ MINTO, 2005, p. 46.

¹⁴ Cf. MINTO, op.cit.

¹⁵ Cf. DUPAS, 2005.

coletividade, e esta esfera se tornou função da esfera privada, única preocupação comum que sobreviveu desde os tempos homéricos.

Já Habermas (1984) defende que a esfera pública burguesa¹⁶ é o estado e a qualidade das coisas públicas, e se constitui como instância deliberativa e legitimadora do poder político, transferindo a centralidade da esfera do trabalho para a esfera da ação comunicativa¹⁷.

Para este autor, a esfera pública é caracterizada como um espaço de mediação entre o campo das relações privadas e o Poder Público¹⁸, mediante política, partidos, jornais, organizações, assembleias representativas e Estados, ou seja, a autonomia pública dos cidadãos é assegurada pela alusão ao princípio da soberania popular e ao reconhecimento de direitos à comunicação e à participação, enquanto que a autonomia privada – os direitos fundamentais clássicos – é garantida pela referência ao domínio das leis e pela garantia dos direitos humanos¹⁹.

Norberto Bobbio (1986), baseado no pensamento de Habermas, apresenta dois sentidos do conceito de "público", em ambos há oposição ao 'privado' e 'secreto'. Segundo o autor, a expressão "público" em contraposição ao "privado", refere-se à coisa pública, à opinião relativa aos atos públicos, ou seja, "aos atos próprios do poder público que é por excelência o poder exercido pelos supremos órgãos decisórios do Estado" á *res publica*²⁰, aos temas e problemas concernentes às regras da vida em sociedade. Enquanto que a expressão "público" como "manifesto" (termo alemão *offentliches*), como oposto de secreto, refere-se a tudo aquilo que recebeu publicidade, que foi publicizado, tornado público. Ou seja, deixou de ser segredo e tornou-se público. (op. cit., p.89).

Para o autor há uma dicotomia entre público e privado, onde, o público consiste tudo aquilo que é tornado acessível à maioria, em contra posição ao privado, que traduz tudo aquilo que é inacessível à maioria, ou seja, o que é destinado a poucos. Assim o pensamento liberal democrático define essas duas categorias da seguinte forma: o privado é identificado

¹⁶ Na teoria política clássica, a esfera pública equivale ao espaço da liberdade dos cidadãos, no qual estes exercem sua capacidade de participação crítica na gestão dos assuntos comuns, sob o princípio da deliberação; um espaço que se opunha, portanto, ao espaço privado regido pela dominação do poder. Para Habermas (apud RAICHELIS, 1998) "a esfera pública burguesa é o estado e a qualidade das coisas públicas", ou seja, segundo a autora, esta categoria é típica do Capital, pois estar vinculada a evolução histórica e cultural da sociedade burguesa desde sua saída da Idade Média europeia. (DUPAS, 2005).

¹⁷ Cf. LEHER, 1999.

¹⁸ Cf. BRUXEL, 2004.

¹⁹ Cf. HABERMAS, 2004.

²⁰ 'Res-pública', é o significado originário do termo latino *publicum*, transmitido pela distinção clássica entre *ius privatum* e *ius publicum*. (BOBBIO, 1986).

diretamente relacionado ao âmbito mercantil, em oposição ao público, que tem sido colocado no sentido estatal e, por extensão, ao coletivo.

A passagem da Idade Moderna para a Contemporânea, no século XVIII, teve como marco as revoluções: Inglesa (1769), Americana (1776) e Francesa (1789). Estes eventos históricos, de acordo com Pereira (2006), marcaram definitivamente a constituição e o fortalecimento da classe burguesa e dos princípios liberais de liberdade (direito de ir e vir e vender a força de trabalho)²¹, da acumulação, da propriedade privada e dos meios de produção; neles estão embutidos os princípios de direitos civis, e a constituição do poder estatal, indispensável para garantir a ordem, a segurança à propriedade privada, e regulamentar as leis políticas e sociais, constituindo assim o liberalismo.

O primeiro autor a teorizar o Estado moderno foi Maquiavel (1469 - 1527). A realidade concreta das coisas é seu ponto de partida, rejeitando assim a visão idealista da política defendida por Platão e Aristóteles. Para ele, a política é resultado de diversas ações propostas pelos homens, ou seja, Maquiavel defende que a realidade mundana é constituída historicamente pelos homens; dessa forma, reinterpreta a questão política como resultado da correlação de forças entre os homens. Nesse sentido, o autor afirma que os homens se mostraram sempre ingratos, volúveis, dissimulados, covardes e ávidos por lucro. O Estado é, portanto, o mediador civilizador²². Em sua concepção, para comandar o Estado o Príncipe deveria possuir duas características imprescindíveis: *força* e *inteligência*. A primeira, para conquistar o poder, e a segunda, para mantê-lo. Conforme Gramsci (1984): “O Príncipe toma o lugar, nas consciências, da divindade ou do imperativo categórico, torna-se a base de um laicismo moderno e de laicização completa de toda a vida e de todas as relações de costume”. Desta forma, Maquiavel põe fim à ordem divina, material e eterna, além de sistematizar as relações de poder da nova ordem – fundamental para a formação do Estado moderno.

O liberalismo clássico constituiu uma corrente política e ideológica que se afirmou na Europa e na América do Norte ainda nos meados do século XVIII. Seu principal

²¹ A concepção de trabalho livre, segundo Marx (2005), pode ser compreendida sob dois aspectos: primeiro, contrário aos escravos e aos servos, os trabalhadores não são parte direta dos meios de produção, e segundo, contrário aos camponeses autônomos, os trabalhadores, não são donos dos meios de produção, estando assim livres para vender sua força de trabalho. Entretanto, Marx chama atenção ao fato de que a liberdade da venda da força de trabalho dos trabalhadores só foi possível após terem lhes roubado todos os meios de produção, e os “[...] privaram de todas as garantias que as velhas instituições feudais asseguravam a sua existência”. E com isso Marx afirma: “[...] a história da expropriação que sofreram foi escrita a sangue e fogo nos anais da humanidade”.

²² De acordo com Behring (2000), esta idéia foi resgatada pelas perspectivas keynesianas e social-democratas que preconizaram, no século XX, um Estado intervencionista (op.cit., p. 23).

idealizador foi Adam Smith²³ (1723-1790), defensor de que o papel do Estado na economia devia ser reduzido, sendo esta confiada à auto-regulação do mercado e à livre concorrência num mercado livre. O papel do Estado no liberalismo clássico devia ser, principalmente, a instituição de um estado jurídico no qual a liberdade de cada indivíduo coexistia com os outros mediante um conjunto de leis expressas num código ou numa Constituição, ou seja, o Estado tem a função de manter a ordem pública, fazer respeitar a justiça e proteger a propriedade privada. Enquanto na política, Smith desenvolveu o pensamento do Estado mínimo, confinado a simples funções judiciais e de defesa.

Já os contratualistas Thomas Hobbes (1588-1679), John Locke (1632-1704) e Jean Jacques Rousseau (1712- 1778) defendiam a tese de que a sociedade antecedeu o Estado e que “todos os homens são iguais e livres por natureza”, havendo portanto a necessidade, em determinado momento, a fim de instaurar a segurança e a paz social, de os homens celebrarem um *contrato social* ou *pacto social*, através do qual todos concordariam em abrir mão de parte ou de toda sua liberdade, transferindo-a para um soberano (Estado), que teria por incumbência organizar a sociedade, manter a paz, criar e aplicar as leis para proteger a propriedade privada. Porém esses pensadores divergiam em alguns pontos sobre a concepção e o papel do Estado.

Para Thomas Hobbes (1588-1679), os indivíduos vivem isolados e em luta permanente. “O homem é o lobo do próprio homem”. O medo e a morte violenta reinam nesse Estado – Lei da Selva, ou seja, a lei do mais forte. Diante dessa ameaça constante, Hobbes propõe o Estado absolutista, que significa a renúncia da liberdade individual em favor do soberano, do monarca absoluto; uma opção para refrear as paixões humanas. Cabe ao Estado soberano (Leviatã) criar e aplicar as leis e proteger a propriedade privada (direito civil), além da autoridade política. Segundo ele, “o maior dos poderes humanos é aquele que é composto pelos poderes de vários homens, unidos por consentimento numa só pessoa, natural ou civil, que tem o uso de todos os poderes na dependência de sua vontade: é o caso do poder de um Estado”²⁴.

John Locke (1632-1704) e Rousseau (1712-1778) discordavam de Hobbes no tocante à monarquia absoluta, pois defendiam que o poder coletivo deveria estar nas mãos de corpos coletivos de homens que através do consentimento (e não de submissão, como em Hobbes), firmariam um pacto coletivo ou um contrato social, no sentido de preservar a vida, a liberdade e a propriedade (direito civil). Para Locke, o motivo primordial subjacente ao contrato social

²³ Considerado o pai do liberalismo econômico, formulador da teoria econômica.

²⁴ HOBBS, 1979, p. 53.

era a proteção da propriedade. Mediante o contrato social, os homens perderiam o direito de agir como únicos defensores das suas próprias causas, transferindo ao Estado esse direito. Vale ressaltar que este autor é considerado um dos pioneiros do pensamento liberal, pois defendia um conjunto de direitos naturais inalienáveis do indivíduo anteriores à própria sociedade: a liberdade, a propriedade e a vida.

Rousseau concebe um Estado de direitos para o conjunto da sociedade, fundado nas leis definidas pela *vontade geral*, pois, para ele, só assim seria possível limitar os extremos de pobreza e riqueza existentes na sociedade capitalista. Para isso a educação pública seria primordial para todos, o que proporcionaria a livre escolha de seus representantes no poder político. Essas idéias vão dar embasamento à Revolução Francesa (1789) – *Igualdade, Liberdade e Fraternidade* – e posteriormente à Declaração Universal dos Direitos dos Homens (1948), como também ao ideal de justiça sobre os fundamentos da propriedade privada e do livre desenvolvimento capitalista.

As idéias liberais e esta concepção de Estado estão presentes tanto na fase concorrencial do capitalismo, de 1848 a 1896, caracterizado pela primeira revolução tecnológica, baseada na mecânica (o que proporcionou a produção de motores a vapor por meio de máquinas), e pela relevância do comércio mundial; como na primeira fase do capitalismo monopolista clássico²⁵, correspondendo ao período de 1897 a 1945 (Segunda Guerra Mundial), norteados pelo início da segunda revolução tecnológica, fundada na energia elétrica e na eletrônica (desenvolvimento e aplicação do motor elétrico e motor a explosão), pelo fluxo internacional de capital comercial e produtivo.

Nessa fase, o capitalismo conduziu “ao ápice a contradição entre socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados”²⁶. Segundo Netto (1992), enquanto no capitalismo concorrencial o Estado intervinha “sobre as seqüelas da exploração da força de trabalho” com o uso da força policial, no sentido de “preservar o conjunto de relações pertinentes à propriedade privada”, no capitalismo monopolista o Estado

[...] é obrigado a não só assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante aos sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para a

²⁵ Cf. MANDEL, 1982.

²⁶ NETTO, op. cit., p.20.

ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio (NETTO, 1992, p.23).

O capitalismo monopolista, de acordo com Netto (1992), recoloca em patamar mais alto o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa. De acordo com o autor, este sistema altera significativamente a dinâmica sociopolítica e econômica da sociedade burguesa, pois ao mesmo tempo que potencia as contradições fundamentais já explicitadas no capitalismo concorrencial e as combina com novas contradições e antagonismos, deflagra processos complexos. A fase monopolista do capitalismo é marcada pela urgência de viabilizar o acréscimo dos lucros através do controle dos mercados.

Mandel (1982) subdividiu o capitalismo monopolista em duas fases: o capitalismo monopolista clássico de 1897 a 1945, norteados pelo início da segunda revolução tecnológica, fundada na energia elétrica e na eletrônica (desenvolvimento e aplicação do motor elétrico e motor a explosão), pelo fluxo internacional de capital comercial e produtivo, e pelo Estado-nação de viés liberal até a segunda Guerra Mundial; e o capitalismo monopolista tardio, correspondente ao período de 1946 a 1972, marcado pelo prenúncio da terceira revolução tecnológica, iniciada em 1940 nos EUA e incorporada pelos demais países imperialistas após 1945, baseada nos *chips*, na automação, na robótica, em novas fontes de energia como a nuclear, na microeletrônica e na biotecnologia²⁷. Esta fase é caracterizada pelo controle generalizado das máquinas por meio de aparelhos eletrônicos, bem como pela consolidação dos mercados nacionais baseados nos fluxos de investimentos diretos externos, pelo crescimento do capital financeiro e pelo Estado-nação fundamentado no *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social.

Vale ressaltar que entre 1966-1967, com a redução do poder norte-americano de regulação do sistema financeiro internacional, foram introduzidas as políticas de substituição de importações em diversos países do Terceiro Mundo, em particular na América Latina. Este evento foi associado “ao primeiro grande movimento das multinacionais na direção da manufatura no estrangeiro”, em especial no sul da Ásia, o que gerou “uma onda de industrialização fordista competitiva em ambientes inteiramente novos, nos quais os contratos sociais com o trabalho eram fracamente respeitados”²⁸ ou até mesmo inexistentes.

²⁷ MANDEL, 1982, p.83-4.

²⁸ HARVEY, 2006, p. 135.

De acordo com Harvey (2006), com a introdução do fordismo, “novos sistemas de coordenação foram implantados”, tanto “por meio de uma complexa variedade de arranjos de subcontratação (que ligam pequenas firmas a operações de larga escala, com frequência multinacionais), através da formação de novos conjuntos produtivos em que as economias de aglomeração assumem crescente importância”, como “por intermédio do domínio e da integração de pequenos negócios sob a égide de poderosas organizações financeiras ou de *marketing*”²⁹.

Isso, de acordo com o autor, “[...] sugere que a tensão que sempre existiu no capitalismo entre monopólio e competição, entre centralização e descentralização de poder econômico”, vinha se “[...] manifestando de modo fundamentalmente novo”³⁰. Na atual situação, o mais interessante “[...] é a maneira como o capitalismo está se tornando cada vez mais organizado através da dispersão, da mobilidade geográfica e das respostas flexíveis” nos mercados e processos de trabalho, e “[...] nos mercados de consumo, tudo isso acompanhado por pesadas doses de inovação tecnológica, de produto e institucional”³¹.

Assim, as transformações advindas nesta fase do capitalismo exigiram a ampliação do papel do Estado, tanto em sua base representativa, como em suas funções econômicas e sociais³². Segundo Teixeira,

[...] os determinantes da intervenção do Estado através das políticas sociais leva em consideração, inicialmente, duas ordens de fatores: primeiro, que a política social é a resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, e, ao mesmo tempo, é fator determinante no curso posterior da relação entre as forças sociais fundamentais; segundo, que para o campo das políticas sociais confluem interesses de natureza diversa e mesmo contraditórios, advindos da presença dos atores na cena política, de sorte que a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontra-se quase sempre multideterminada. Podemos agrupar os determinantes da intervenção estatal em duas grandes categorias: as necessidades decorrentes do processo de acumulação capitalista e a luta pela hegemonia (TEIXEIRA, 2006, p. 21).

A intervenção do Estado, portanto, não acontece como “via de mão única”, como mecanismo exclusivo do capitalismo, mas também pela emergência da classe trabalhadora organizada, que passou a reivindicar os direitos políticos e políticas de proteção social; estas têm sua gênese, conforme Behring e Boschetti (2007, p. 83), mediante as profundas mudanças no modelo de produção capitalista em todo o mundo, conseqüência da introdução do

²⁹ HARVEY, 2006, p.150.

³⁰ HARVEY, op. cit.

³¹ HARVEY, op. cit., p.150.

³² Cf. ABREU, 2000.

fordismo³³, com novos produtos e novos processos de produção, e ainda por meio da indústria bélica. Assim, conforme Netto (1992), tem-se um “[...] reconhecimento da ‘questão social’³⁴ inerente às relações sociais no modo de produção” do capitalismo e, desta forma, se entende que as conquistas da classe trabalhadora são derivadas da luta de classes.

De acordo com Montañó (1999), o Estado moderno surge como uma criação instauradora da ordem burguesa: “[...] é parte do processo que colocou os proprietários dos meios de produção no controle do poder político-econômico. É, portanto, um instrumento que fundamentalmente, porém não exclusivamente, é criado para garantir a propriedade privada, como fundamento da liberdade individual (burguesia)”³⁵.

1.1.2 Perspectiva histórico-crítica da concepção de Estado e da Relação Público e Privado

Marx (1818-1883) concebe o Estado como um instrumento subordinado à burguesia para atender às contradições das classes sociais existentes na sociedade capitalista. Para ele, a gênese do Estado reside na divisão da sociedade em classes, sendo sua principal função conservar e reproduzir esta divisão, garantindo os interesses de uma classe sobre a outra. Nesta compreensão, o Estado surge, no seio da sociedade capitalista, como mediador entre os interesses das classes (capital/trabalho), no intuito de manter e fortalecer a propriedade privada e a produção e reprodução do capital. Conforme Engels:

O Estado não é um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é "a realidade da idéia moral", nem "a imagem e a realidade da razão", como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da "ordem". Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado (ENGELS, 1884, p. 190).

³³O fordismo foi um modelo de produção em série de mercadorias, em grandes fábricas, reunindo grande número de trabalhadores manuais sob o mesmo teto. Este modelo se expandiu pela Europa e Estados Unidos sob um caráter ideológico, político e cultural, o que determinou a hegemonia burguesa americana. Tal fenômeno foi caracterizado pelo pensador marxista italiano Antônio Gramsci como americanismo fordismo. Cf. GRAMSCI, 1984.

³⁴A ‘questão social’, como afirma Iamamoto, pode ser entendida “[...] como as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado” (2001, p. 11).

³⁵MONTAÑO, op. cit., p. 49.

Baseado em Marx e Engels, Minto (2005, p. 16) afirma que “o Estado está fundado nas contradições entre os interesses públicos e privados, não para resolver a ambos [...]” (o que só seria possível na perspectiva da supressão da propriedade privada e do capital), mas, sobretudo, “[...] para preservar a existência dos interesses privados”.

A ideologia burguesa, conforme Minto (op. cit.), utiliza-se do conceito de público como sendo um

[...] “público a se realizar” sob a esfera do direito e das relações jurídicas, tendo a lei como espaço para tal realização. Este público, não dotado de materialidade histórica – já que não existem reais condições materiais que o sustentem no plano ideológico –, transfigura-se assim em estatal, atendendo aos interesses de classe ao produzir a noção de que existe uma esfera de interesses públicos, comum a todos, e que, via de regra, esta teria sua expressão máxima no plano do Estado. Tal concepção, no limite, considerada a relativa autonomia do Estado para com a base material, não pode suportar a transcendência deste com relação àquela. O Estado burguês é, antes de tudo, expressão e produto histórico das relações burguesas de produção, cuja forma mais desenvolvida é o moderno Estado capitalista (op.cit., p. 46).

Nessa perspectiva, segundo Minto (op. cit.), o entendimento da relação público/privado remete-nos “a uma apreensão das categorias fundamentais do materialismo histórico dialético e das formas históricas destas decorrentes, nas quais se constitui a propriedade privada/divisão social do trabalho, o Estado, a produção de mercadorias, etc.”³⁶ Segundo este autor:

A forma moderna da propriedade privada, no capitalismo, corresponde àquela em que a divisão social do trabalho já está desenvolvida a tal ponto que se produz a separação bem definida entre capital e trabalho. Ou seja, entre a forma de apropriação social do trabalho acumulado, que se manifesta também em uma relação jurídica entre homens (a propriedade privada), e o trabalho (enquanto força de trabalho), que é o trabalho real, do qual se encarregam os indivíduos que ocupam a outra ponta desta relação jurídica: o proletariado (MINTO, 2005, p. 27).

Minto (2005) ressalva que ao capital “[...] é imprescindível a constituição de uma esfera pública de interesses que, por sua generalidade, atenda também aos interesses do proletariado”. Portanto, “[...] as esferas do público e do privado, no capitalismo, correspondem a uma unidade contraditória de interesses sociais antagônicos” (op.cit., p. 42).

Sader (2005) relata que o primado do público assumiu várias formas, muitas delas confundidas com o estatal, pela ambigüidade da crítica ao liberalismo. Segundo o autor, desde

³⁶ Cf. MINTO, 2005.

a era aristotélica, com a idéia de que “o homem é um animal político”, os conceitos de nação, classe, comunidade, foram invocados para promover renúncias ao plano individual, muitas vezes em nome do público, mas na realidade falando em nome do estatal.

Nos dias atuais, o senso comum denomina o público como o que é exclusivamente regido pelo Estado e, conseqüentemente, o que é privado entende-se como aquilo que é regido exclusivamente pelo mercado. Segundo Aciole (2006), os que partem deste pensamento (liberal), defendem que onde atua o agente público dá-se a ausência do privado, e vice-versa. Portanto, caberia ao Estado, quando muito, “[...] regulamentar o mercado, mas não a ponto de impedir que este viceje e se consolide”. Assim, a ação do Estado só deveria estar presente através de ações corretivas ou compensatórias nas instâncias onde o mercado estiver ausente. De acordo com o autor, estas concepções de público e privado, que freqüentemente são utilizadas, consistem em noções embaralhadas pela ideologia dominante que cerca estes dois termos e desta forma reforça, sugere e produz distorções nos significados destes.

Aciole (op. cit., p. 44) ressalva que embora o termo público esteja vinculado à coisa comum, ao coletivo, “[...] numa suposta primazia sobre o privado, o particular, o individual, ou vice-versa”, não se deve adotar tal pensamento, numa “demarcação nítida e segregatória” entre o público e privado, pois se adotarmos tal conceito estaremos andando pelo viés simplista do senso comum, que tende a enxergar o público como estatal e o privado como mercado. Portanto, segundo o autor, não devemos compreender estatal como sinônimo de público, tampouco é menos necessário ver o privado como o não-estatal³⁷.

Assim, Aciole (2006) sugere que devemos partir do princípio da dialética marxista, entendendo o público em relevância para compreender o privado, e vice-versa, pois não podemos “[...] abdicar da tradição dialética, que vincula o pensar e o agir, o que impõe explorar essa polaridade para discutir e analisar as próprias relações que estabelecem entre si os dois termos, ou mais precisamente, o Estado e o Mercado” (op.cit., p.45).

Desta forma, Aciole (op.cit.), ressalta a importância de “reconhecer e refletir sobre a existência de trânsitos entre os dois setores”, o público e o privado, “[...] não exatamente distinguidos pela clientela que atendem ou servem, ou pela valoração ideológica que os marca”. Mas, sobretudo, numa “[...] dimensão pública para a privacidade no campo pessoal, que deve ser defendida, e para a concorrência no campo econômico, que deve ser limitada”³⁸. Assim, o autor nos chama a atenção para que investiguemos a antinomia desses dois setores,

³⁷ ACIOLE, op. cit.

³⁸ ACIOLE, op. cit.

sob a premissa fundamental de estarem envolvidos por dimensões econômicas (estabelecida pelo privado como o lugar de produção) e políticas (quase que correlato ao econômico, pois atribui ao público, representado pelo Estado, o lugar da política), “[...] sendo ambas, construções da modernidade”. Pois “[...] a coisa pública não deixa de ser uma interpelação do privado, numa relação dialética”; assim, “[...] ao rompermos com a dicotomia entre os termos, estamos propondo romper, mais profundamente, com a dicotomia entre os setores designados” (op. cit.), que são a economia (privado) e a política (público), ou seja, o Mercado e o Estado.

Dessarte, Aciole (2006) assevera que a vinculação dialética, entre o público e o privado foi revelada por Marx (1996), a partir de sua concepção da dimensão política e econômica na sociedade capitalista. “O político como dimensão tornada pública pela solução corporativo-institucional representada pelo Estado”, e “o econômico, que variará em função do modo de produção como dimensão historicamente construída pela relação dos homens entre si”. Na sociedade burguesa, essa relação se apresenta sob dois aspectos: “dimensão pública”, referente ao “trabalho socialmente necessário”, e a “dimensão privada”, que diz respeito “à apropriação pelo capital” – força de trabalho (e ao intervalo de tempo para seu consumo, necessário para obtenção de bens e mercadorias)³⁹.

Sader (2003) adverte-nos que a oposição que fundamenta o capitalismo não se dá entre o estatal (confundido com o público) e o privado (como sinônimo da eficiência), e sim entre o público e o mercantil. Segundo ele, “[...] a oposição estatal/privado reduz o debate a dois termos que, na realidade, não são necessariamente contraditórios, porque o estatal não é um pólo, mas um campo de disputa, que nos nossos tempos é hegemônico pelos interesses privados”.

É com o surgimento do capitalismo e a elevação das atividades econômicas ao nível público que as questões que outrora pertenciam à esfera privada (família) transformaram-se em interesses coletivos (seqüelas da “*questão social*”). As categorias público e privado passaram então a adquirir nova aplicabilidade, no sentido técnico-jurídico, mediante o surgimento do Estado moderno e da sociedade burguesa.

Conforme Netto (1992), o Estado burguês

[...] ampliou-se e tornou-se mais complexa a estrutura e o significado da ação estatal, incorporando-se os desdobramentos do caráter *público* daquelas refrações: as

³⁹ ACIOLE, op. cit., p. 46-47.

seqüelas da ordem burguesa passaram a ser tomadas como áreas e campos que legitimamente reclamavam, e mereciam, a intervenção da instância política que, formal e explicitamente, mostrava-se como expressão e manifestação coletiva. [...] o caráter público do enfrentamento das refrações da “questão social” incorpora o substrato individualista da tradição liberal, *ressituando-o* como elemento subsidiário no trato das seqüelas da vida burguesa (grifo do autor) (NETTO, 1992, p. 30-1).

Portanto, com a ascensão da classe burguesa⁴⁰ e as relações mercantis, o primado público representou politicamente a expansão dos poderes de intervenção do Estado na sua capacidade de regulação do mercado, ou seja, com a expansão do capitalismo e a instalação do Estado, este passou a ser legalmente o representante do bem comum e do interesse público, agindo através de serviços públicos ou serviços civis de acordo com interesses antagônicos e com a dinâmica existente na relação entre classes⁴¹.

Segundo Netto (1992), as estratégias de classes, no capitalismo monopolista, ante as seqüelas da ‘questão social’⁴² perpassam pelo entrelaçamento do público e do privado. Uma vez que o Estado, em face das seqüelas da ‘questão social’, “corta e recupera o ideário liberal – corta-o intervindo através de suas políticas sociais; recupera-o, debitando a continuidade das suas seqüelas aos indivíduos por elas afetados”. Com isso “a incorporação do caráter público da ‘questão social’ vem acompanhada de um reforço da aparência da natureza privada das suas manifestações individuais”. Assim, o “Estado burguês converte as refrações da ‘questão social’ em problemas sociais” individuais, e nestas condições de intervenção os grupos sociais e os indivíduos são enquadrados numa “ótica de *individualização*, transfigurando os problemas sociais em problemas pessoais (privados)”⁴³.

Nesse sentido, Netto (op.cit.) afirma que a natureza do Estado é a da consideração pública dos problemas sociais, ao mesmo tempo que subsidia e acopla a sua natureza à perspectiva privada, ou seja, o Estado em sua natureza, tanto tem a perspectiva privada, como a pública, pois esta relação “[...] advém de uma complicada malha de relações e conexões” apresentada sob seus três principais eixos: “a captura dos espaços privados [...]; os

⁴⁰ Cf. BEAUD, 1987.

⁴¹ Cf. ACIOLE, 2006; SADER, 2005.

⁴² Segundo Netto (op. cit.), o enfrentamento do Estado, no capitalismo monopolista, em face das seqüelas da “questão social” é abordado como problemáticas particulares – “o desemprego, a fome, a falta de habitação, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc.” Neste sentido, a “questão social” passa a ser “[...] atacada nas suas refrações, nas suas seqüelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida conseqüentemente, impediria a intervenção” (grifo do autor).

⁴³ Op.cit., p. 32.

componentes de legitimação da ordem burguesa e a recuperação de um patrimônio teórico-cultural apto a consagrar aquela complementaridade no plano da representação ideal”⁴⁴.

Assim, Netto (1992) afirma que:

O ataque aos problemas sociais pelo Estado burguês no capitalismo monopolista, movimentando-se entre o “público e o “privado”, ademais das implicações rigorosamente econômicas que porta, revela como o primeiro subordina o último recolocando-o sistematicamente – e, fazendo-o através de mediações que não podem ser deduzidas da pura lógica da valorização monopolista, traz à tona a complementaridade indescartável entre ambos (op.cit., p. 36).

De acordo com Semeraro (2001), na visão liberal a sociedade civil consiste no espaço “[...] do indivíduo separado e até contraposto à esfera do Estado – estrutura exterior e opressiva, mas inevitavelmente necessária para ‘contemperar’ os ‘excessos’ particulares”. Enquanto em Gramsci, a sociedade civil consiste no terreno onde os “[...] indivíduos, ‘privados’ de sua dignidade e fragmentados em suas atividades”, encontram “condições para construir a sua subjetividade e a sua personalidade”. Assim, em sua interpretação dos escritos de Gramsci, a autora afirma que “ao organizar-se livre e criativamente, os sujeitos não desenvolvem apenas suas potencialidades individuais, mas também suas dimensões públicas e coletivas” (SEMERARO, 2001, p. 160).

Dessarte, Semeraro (op. cit.) assevera que “[...] há um percurso do ser particular para o ser social”. A busca dessa relação dialética entre liberdade e necessidade, entre indivíduos e homens coletivos, entre utopias e realismo, tem a precedência de Gramsci, que é enfático ao afirmar:

Que se lute para destruir o conformismo autoritário, retrógrado e nocivo, e por meio do desenvolvimento duma personalidade crítica se chegue ao homem-coletivo, é uma concepção dialética difícil de entender para mentalidades esquemáticas e abstratas, assim como é difícil compreender que possamos sustentar que pela destruição duma máquina estatal se chegue a criar uma outra mais forte e complexa (GRAMSCI, 1975 apud SEMERARO, op.cit., p, 161).

Portanto, não podemos definir o público essencialmente como estatal, pois “o Estado não é, por definição, nem público, nem privado”. O Estado não é um espaço vazio ou mesmo neutro, mas sim um espaço de disputa entre as classes que ele, Estado, representa, os interesses das classes fundamentais – classe subalterna, bem como os interesses privados

⁴⁴ NETTO, op. cit., p.34-5

mercantis da classe dominante. “Sua estrutura burocrático-repressiva condiciona a luta entre os dois termos. Porém, o enfrentamento estratégico se dá entre os braços privado e público”⁴⁵.

Conforme Poulantzas (1990), “o Estado não é pura e simplesmente uma relação, ou a condensação de uma relação; é a condensação *material e específica* de uma relação de forças entre classes e frações de classe” (grifo do autor)⁴⁶. Em sua compreensão, “o Estado, sua política, suas formas, suas estruturas, traduzem [...] os interesses da classe dominante”; entretanto, isso não se dá de forma mecânica, “mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento”, ou seja, segundo o autor, “o estabelecimento da política do Estado deve ser considerado como a resultante das contradições de classes, inseridas na própria estrutura do Estado” (op.cit., p. 149). Em suas palavras:

Somente quando se percebe a inserção da dominação política no arcabouço material do Estado enquanto condensação de uma relação de força é que se pode romper com a formação dogmática de gênero “todo Estado capitalista é um Estado da burguesia”, e compreender o complexo papel da luta política na reprodução histórica desse Estado (POULANTZAS, 1990, p. 182).

O Estado, portanto, se estabelece por um processo efetivo de “[...] contradições interestatais entre setores e aparelhos de Estado e no seio de cada um deles”⁴⁷, ou seja, como um instrumento contraditório do capital, ao atender às reivindicações da classe operária, mantendo sua função primordial: manter e fortalecer a ordem capitalista, acompanhando este paradoxo, as políticas sociais. Desta forma as políticas sociais se configuram tanto como produto histórico das lutas da classe trabalhadora, como estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho.

De acordo com Dias (2006), Antonio Gramsci “[...] elabora sua teoria do Estado como uma unidade articulada de consenso e coerção, pensa-o como produtor da organização/desorganização da totalidade da sociedade” (op.cit., p. 32). Neste sentido, conforme Dias (2006), pensar a “[...] sociedade civil como separada da sociedade política significa desconhecer as condições reais das lutas de classe, pois implica cindir direção e coerção, mistificando assim os projetos hegemônicos”. Portanto, só a partir do conceito de

⁴⁵ SADER, 2005 p. 52.

⁴⁶ POULANTZAS, op. cit., p. 148.

⁴⁷ POULANTZAS, op. cit., p. 154.

bloco histórico⁴⁸ (estrutura e superestrutura) será possível “[...] compreender a necessária articulação entre sociedade civil e sociedade política”⁴⁹.

Esta relação complexa e contraditória em que a totalidade social⁵⁰, composta pela relação entre estrutura (sociedade econômica) e superestrutura (sociedade civil e a sociedade política), entre teoria e prática, entre forças materiais e ideologias, representa o reflexo do conjunto das relações sociais de produção e foi denominada por Gramsci como bloco histórico, por representar um conjunto de relações e reações recíprocas, que devem ser estudadas em seu concreto desenvolvimento histórico.

O homem, para Gramsci, é impensável fora da história das relações sociais e das transformações operadas na natureza em virtude do trabalho organizado socialmente. A originalidade da filosofia da práxis consiste no fato de ser uma teoria que leva adiante as dimensões da subjetividade da filosofia moderna, sem fazer concessões às tendências especulativas de qualquer sistema de pensamento, mas voltando-se para a transformação das estruturas por meio da consciência nunca separada dos condicionamentos sociais e dos conflitos de classes (SEMERARO, 2001, p. 154-5).

Vale ressaltar que Gramsci não elimina os pressupostos teóricos de Estado levantados por Marx e Engels, muito pelo contrário. Considerando o momento histórico vivido por ele, Gramsci concebe o Estado não apenas como um instrumento de dominação da classe dominante, ou mesmo um aparelho coercitivo, ele defende o Estado como um instrumento atravessado pela luta de classes.

De acordo com Dias (2006), na concepção liberal a cisão entre sociedade civil e sociedade política “expressa a aparente oposição entre público e privado. No primeiro termo da relação, está colocada a liberdade; no segundo, a possibilidade da coerção que deve ser necessariamente controlada, mas não eliminada”⁵¹. Assim, a “sociedade política, identificada ao Estado, deve atuar como guardião da propriedade dos contratos” (op.cit., p. 32). Nesta concepção, o Estado e todas as instituições da sua sociedade são neutros. Enquanto em Gramsci o Estado “é a forma pela qual uma classe expande sua eficácia e capacidade de

⁴⁸“A estrutura e as superestruturas formam um ‘bloco histórico’, isto é, o conjunto complexo e contraditório das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção”, cuja reciprocidade “[...] é precisamente o processo dialético do real” (GRAMSCI, 1999, p.250).

⁴⁹ DIAS, 2006, p. 32.

⁵⁰ Conforme Correia (2005), “[...] o pensamento de Gramsci tem como eixo de análise da realidade o princípio da totalidade, em que subverte os princípios do determinismo econômico, do politicismo, do individualismo e do ideologismo, e estabelece uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura – economia, política e cultura –, concebendo a realidade como síntese de múltiplas determinações” (op.cit., p. 52).

⁵¹ Op. cit., p. 32.

governar”. Esta possibilidade é negada no determinismo econômico, onde “[...] as classes subalternas caem prisioneiras da ideologia dominante, através da qual o domínio de uma classe se realiza, seja no plano material, imediato, seja no plano teórico-discursivo”. Por isso, baseado em Gramsci, o autor fala da necessidade de as classes subalternas construírem e praticarem a crítica aos discursos tendencialmente hegemônicos dos dominantes. Ou seja, “[...] faz-se necessário destruir as condições sociais que tornam possíveis aqueles projetos” (DIAS, 2006, p. 58).

O embate hegemônico, apontado por Dias (op. cit.) e tratado em Gramsci, diz respeito à “capacidade de uma classe subordinar/coordenar classes aliadas ou inimigas”. Portanto, “[...] a hegemonia, ao expressar a luta entre os antagonistas, atua na resolução política de um projeto de sociedade, no encaminhamento concreto das possibilidades reais em confronto, mostra como a estrutura se atualiza”⁵².

Nesse sentido, “[...] a capacidade que uma classe (subalterna ou dominante) tenha de construir sua hegemonia decorre da sua possibilidade de elaborar sua própria visão de mundo, autônoma” (op.cit., p. 62). Esta autonomia deve ser pensada “como classe distinta, portadora de projetos diferenciados”, na perspectiva da “construção da liberdade”. Assim, segundo Dias (2006) a “hegemonia é a elaboração de uma nova *civiltà*, uma reforma intelectual e moral”, cujo campo é “marcado pela análise da relação de forças” (grifo do autor) (op.cit., p. 61). Para este autor:

O processo da hegemonia se realiza tanto no plano do movimento quanto no plano das instituições. [...] essa hegemonia atua no sentido da *transformação das condições de existência das classes subalternas*. Esta reforma intelectual e moral deve, necessariamente, estar ligada a um programa de reforma econômica que é, exatamente, o seu modo concreto de apresentar-se. *Pensar-se a construção de uma nova forma social, uma nova sociabilidade, só é possível se pensarmos conjuntamente as formas específicas de sua realização material e simbólica.* (grifo do autor) (DIAS, 2006, p. 63).

Segundo Correia (2005), o Estado, na compreensão gramsciana, para manter a hegemonia de uma determinada classe sobre a outra, abrange a sociedade política e a sociedade civil. Conforme a autora, “[...] a democratização das funções do Estado é essencial e imprescindível para a superação do Estado enquanto órgão de coerção e manutenção dos privilégios e desigualdades”. Portanto, em “[...] Gramsci não existe uma distinção entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica: por Estado deve-se entender, além do

⁵² Op. cit., p. 61.

aparelho de governo, também o aparelho privado de hegemonia ou sociedade civil” (op.cit., p. 46).

Correia (2005) ressalta, ainda, que a sociedade civil não é homogênea, muito pelo contrário, há no seu interior lutas de interesses contraditórios que traduzem os interesses dos trabalhadores *versus* os interesses da classe dominante. E, portanto, não são lutas da sociedade civil contra o Estado, “[...] mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho” em busca da hegemonia, que a cada momento histórico é criada e recriada em um processo constante de renovação dialética. Neste sentido, segundo Dias (op. cit.), podemos entender o Estado como um instrumento fundamental para qualquer forma de articulação política. “É uma articulação complexa de aparelhos” (op. cit., p. 159).

Semeraro (2001) afirma que embora o conceito de sociedade civil, formulado por Gramsci, assemelhe-se ao conceito liberal de “[...] liberdade, laicidade, espírito de iniciativa, consciência crítica, subjetividade, dinâmica, e a provisoriedade das relações sociais”, a sua raiz é contrária ao pensamento burguês. O pensamento liberal burguês “[...] parte do indivíduo como uma realidade completa em si e estabelece o interesse particular como finalidade última de todas as coisas”, enquanto “Gramsci parte das necessidades concretas das classes subalternas organizadas” na luta por “[...] espaços hegemônicos para seu projeto de sociedade [...]”, na qual “[...] o que é posto como *objetivamente*” pode, mediante a luta de classes, tornar-se *subjetivo*, ou seja, através da vontade coletiva pode haver uma ruptura radical com o sistema capitalista e a construção de uma nova sociedade.

O Estado em Gramsci “[...] desaparece porque nas massas se desenvolve a responsabilidade pelo público e o coletivo, não porque o privado não admite interferência na sua esfera”, mas, sobretudo, porque o público e o social “[...] encontram sua plena realização não mais separada do privado, uma vez que este último [...]” (privado) “[...] se desenvolve organicamente”, até chegar a ser identificado como público⁵³.

Neste campo heterogêneo e de disputa, é que se dá a *reforma do Estado*⁵⁴ através da combinação do modelo fordista-keynesiano de produção com o *Welfare State*, que foi

⁵³ SEMERARO, op.cit., p. 162.

⁵⁴ Utilizamos aqui o termo Reforma do Estado para as conquistas legitimadas pela classe trabalhadora dos direitos sociais e políticos, no período que se inicia após a Segunda Guerra Mundial, com a consolidação de um padrão de proteção social nos países capitalistas centrais, impulsionado pelo keynesianismo e pela experiência socialista do Leste europeu, denominado de Estado de Bem-Estar Social. De acordo com Elias (1999), tais reformas significaram “[...] um movimento na direção à desmercantilização dos direitos sociais e em prol de inscrever o acesso à saúde, à educação, à moradia e à renda mínima necessária para a sobrevivência, no rol dos direitos sociais”, estabelecendo, assim, um Estado provedor das condições mínimas de subsistência.

caracterizado pelo esforço do Estado⁵⁵ em modificar as condições do mercado e proteger as pessoas das conseqüências econômicas e sociais, através de ações públicas como as políticas sociais, dentre elas as políticas de saúde, previdência e assistência social, exercendo assim um mecanismo contraditório do capital, pois ao tempo que atendia às demandas reivindicatórias da classe operária como meio de prover aos trabalhadores proteção social, pautada pelos direitos sociais mínimos, atendia também aos seus próprios interesses (do capital), oriundos, principalmente, da expansão do capitalismo monopolista⁵⁶.

Para Raichelis (1998)⁵⁷, as configurações assumidas pela esfera pública no contexto das transformações da sociedade capitalistas são impensáveis se desvinculadas da formação desta sociedade, “[...] da consolidação de um *ethos* burguês que se explica pela emergência do mercado auto-regulado e posterior introdução das políticas de regulação keynesiana que sustentam o *Welfare State*”. Segundo a autora,

[...] a esfera pública constitui um espaço essencialmente político de aparecimento e visibilidade, onde tudo que vem a público pode ser visto e ouvido por todos. Nesta esfera, os sujeitos sociais estabelecem uma interlocução pública, que não é apenas discursiva, mas implica a ação e a deliberação sobre questões que dizem respeito a um destino comum/coletivo (RAICHELIS, 2000, p. 64).

Quanto a sua prática política, a social-democracia operou, conforme Netto (1993, p. 48), “uma ‘gestão social’ do capitalismo”, ou seja, sua ação deu-se mediante “um Estado com forte iniciativa no campo de políticas sociais redistributivas e com pronunciada intervenção nos serviços e equipamentos sociais, fiador de controles tributários sobre o capital e trabalho, sobre a base do jogo político democrático”.

Harvey (2006) afirma que, paralelo ao novo modelo de produção da força de trabalho, o Estado se esforçava para controlar ciclos econômicos mediante a combinação de

⁵⁵ O Estado keynesiano, era concebido por J. M. Keynes como produtor e regulador do capital, ou seja, Keynes ao mesmo tempo defendia a liberdade individual e a economia de mercado; assim, não abandonava o capitalismo, nem a defesa da socialização dos meios de produção. Sua alternativa não consistia na substituição do capitalismo, mas na constituição de um Estado forte, capaz de dirigir a economia. Para Harvey (2006, p. 121), “As inovações tecnológicas e organizacionais de Ford eram mera extensão de tendências bem-estabelecidas” e o que o diferenciava, em especial, “[...] era a sua visão, seu reconhecimento explícito de que a produção de massa significava consumo de massa”; o seu sistema de produção constituiu um “[...] novo modo de produção da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernizada e populista”. A respeito do fordismo e do americanismo, Gramsci (1975) escreveu que esses modelos “[...] equivaliam ao maior esforço coletivo até para criar, com velocidade sem precedentes, e com uma consciência de proposto sem igual na história, um novo tipo de trabalhador e um novo tipo de homem”.

⁵⁶ Cf. BEHRING, 2000.

⁵⁷ A autora parte do pensamento de autores como Habermas (1984), Hannah Arendt (1989) e Vera Telles (1990).

políticas fiscais e monetárias no período pós-guerra. Segundo este autor, “[...] essas políticas eram dirigidas para as áreas de investimentos públicos – em setores como o transporte, os equipamentos públicos, etc. – vitais para o crescimento da produção e do consumo de massa, que também garantiam um emprego relativamente pleno”. Quanto à política assistencial, o autor revela-nos que os governos “[...] buscavam fornecer um forte complemento ao salário social com gastos de seguridade social, assistência médica, educação, habitação, etc. Além disso, o poder estatal era exercido direta ou indiretamente sobre os acordos salariais e os direitos dos trabalhadores na produção”⁵⁸.

O Estado passou então a atuar, em alguns países, no princípio do pleno emprego através do Estado de Bem-Estar Social (políticas compensatórias). No intuito de elevar o índice da produção de bens e consumo, de garantir a fidelidade da classe trabalhadora e de alcançar a sua hegemonia, foram cedidos alguns direitos sociais e políticos à classe trabalhadora, em face da ameaça do “fantasma do socialismo” que rondava a Europa⁵⁹.

Segundo Harvey (2006), esses direitos só foram adquiridos e mantidos (por determinado tempo) “[...] em troca da adoção de uma atitude corporativa no tocante às técnicas fordistas de produção e às estratégias corporativas cognatas para aumentar a produtividade”.

Assim, o Estado exerceu o papel de financiador da acumulação do capital e da reprodução da força de trabalho, provocando uma alteração estrutural no capitalismo, ou seja, atuou feito um vigoroso suporte, ao oferecer um mínimo de respaldo concreto à sua imagem, como mediador de interesses conflitantes como uma solução política, ainda que temporária, para as contradições sociais. Em consequência disso, vieram então os chamados “anos gloriosos” ou “época de Ouro”⁶⁰ do capital, legitimando assim a ordem burguesa.

Neste sentido, Netto e Falcão (1987) afirmam que “[...] o Estado assume a função de mediação entre o capital e o trabalho, intervindo tanto na racionalização e planificação econômica, quanto na proteção social e no jogo e direção das classes sociais”⁶¹, ou seja, o Estado é chamado para atenuar as ‘*questões sociais*’, ao tempo que produz e reproduz a lógica do sistema capitalista.

⁵⁸ HARVEY, op.cit., p. 129.

⁵⁹ *Um espectro ronda a Europa — o espectro do comunismo*, frase introdutória de Karl Marx e Friedrich Engels no célebre *Manifesto do Partido Comunista*, publicado pela primeira vez em 1848, no qual os autores fazem uma análise da sociedade, da luta de classes e do modo de produção capitalista e sugerem a construção de uma sociedade socialista originária do seio da classe trabalhadora.

⁶⁰ Cf. HOBBSBAWN, 1996.

⁶¹ Op. cit., p. 31.

Entretanto, o *Welfare State* não aconteceu em todos os países capitalistas. Nos países periféricos esse movimento repercutiu desigualmente em razão das especificidades presentes em cada um deles, ou seja, nesses países foi vivenciado, um sistema de proteção social específico, geralmente “[...] vinculado ao mercado formal de trabalho, compondo na maioria das vezes sistemas previdenciários solidários sob a égide do método de repartição simples”⁶².

1.2 O PAPEL DO ESTADO ANTE A CRISE DO CAPITAL

No final dos anos 1970, o mundo foi marcado por uma profunda crise monetária financeira, e o Estado de Bem-Estar Social, que antes era tido como um estabilizador político, passou a ser objeto de dúvidas e fortemente criticado. Segundo Kurz (1999 apud ANTUNES, 2005), “[...] o processo da crise do sistema capitalista perpassa pelo colapso da modernização”, que vai desde o desmonte das experiências ditas socialistas, à crise do petróleo, à queda da taxa de lucratividade, à crise nos países latino-americanos, à inflação, ao rápido crescimento dos países que não tinham o Estado intervindo na economia e ao esgotamento do regime fordista, à revolução da microeletrônica e à tendência à automação. Esta crise teve, portanto, em sua origem uma profunda modificação das relações de forças entre as classes.

Na busca de soluções para a crise do capitalismo, os Estados Unidos (Ronald Wilson Reagan) e a Inglaterra (Margaret Thatcher)⁶³ – principais precursores do ideário neoliberal – difundiram a teoria de que para evitar futuras crises no sistema capitalista era necessário retomar as idéias liberais de liberdade de mercado. Para isso, defendiam o rompimento do pacto social-democrata do Estado intervencionista, iniciando o processo de reestruturação produtiva, ou seja, a substituição do modelo fordista-keynesiano por um novo modelo de produção: o toyotismo⁶⁴, e com ele o desregulamento estatal via privatizações, favorecendo o lucro da iniciativa privada; redução de direitos sociais e trabalhistas; cortes nas políticas de

⁶² Regime de repartição simples consiste no atual sistema de Previdência Social brasileiro, no qual as contribuições previdenciárias dos trabalhadores ativos financiam as aposentadorias da geração precedente. Cf. ELIAS, 2004.

⁶³ Margaret Thatcher, primeira-ministra da Inglaterra. Seu governo conservador, durante 11 anos, foi caracterizado como o governo da *dama de mãos de ferro*, servindo de modelo para todos os países que adotaram o sistema neoliberal, através do enfrentamento dos sindicatos, limitando suas atividades enquanto movimento organizado, privatizando as estatais e estabilizando a moeda.

⁶⁴ O toyotismo é um modelo japonês baseado na produção por demanda, com alto grau de exigência na qualidade de seus produtos. Este novo processo se desencadeia, inicialmente, nos países capitalistas, envolvendo novas tecnologias, novos métodos de gestão da produção, novas formas de utilização da força de trabalho e novos modos de regulação estatal. Cf. ANTUNES, 1999.

proteção social e exclusão de parte dos controles do Estado sobre as condições de uso da força de trabalho, caracterizando a minimização do Estado, através da política neoliberal baseada no modo de produção flexível do capital, em quase todo o mundo⁶⁵.

O neoliberalismo tem suas raízes do liberalismo clássico (já tratado anteriormente). As idéias neoliberais surgiram logo depois da II Guerra Mundial, na Europa e na América do Norte, onde imperava o capitalismo. Anderson (2006) relata que o surgimento desta política foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de Bem-Estar Social⁶⁶.

A ideologia neoliberal iniciou-se tomando a social-democracia como sua inimiga central, provocando uma hostilidade, recíproca por parte da social-democracia, nos países de capitalismo avançado. Entretanto, algum tempo depois estes mesmos governos mostraram-se os mais resolutos em aplicar as políticas neoliberais⁶⁷.

Segundo Fonseca (2002), o liberalismo tornou-se hegemônico em meio à expansão do capital, pois, além de justificar a propriedade privada, o lucro e a exploração de uma classe sobre a outra, influenciou decisivamente na separação entre o público e o privado; este último deveria ser privilegiado na nova sociedade emergente (burguesa). Portanto, é com vistas à formação desta sociedade que o pensamento liberal legitima o *livre-mercado* e o *Estado mínimo* – conceitos que posteriormente retornam sob a roupagem de neoliberalismo.

O neoliberalismo consiste, portanto, em uma ideologia liberal que defende o ajuste do Estado e a retomada dos valores e ideais do liberalismo político e econômico, no qual há uma separação entre sociedade e economia e uma defesa intransigente aos direitos privados, contra a intervenção do próprio Estado na área social, acarretando o repasse da gestão de bens e serviços públicos para a rede privada. De acordo com Therbon, “o neoliberalismo é uma superestrutura ideológica e política que acompanha uma transformação histórica do capitalismo moderno”⁶⁸.

⁶⁵ Cf. ANTUNES, 1999.

⁶⁶ Dentre os principais defensores do neoliberalismo, podemos destacar Milton Friedman, que defendeu um governo constitucionalmente limitado no seu papel, garantindo apenas a estabilidade monetária, as liberdades econômicas e políticas, o Estado de direito, a democracia representativa e o direito de propriedade. Sua mais famosa obra é o *Capitalismo e Liberdade* - publicada em plena Guerra Fria (1962); e Friedrich August von Hayek, em sua obra *O Caminho para a Servidão* (1944). Este autor dedica-se a um ataque contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciada como uma “[...] ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política”. Seu alvo imediato foi o Partido Trabalhista inglês. A mensagem de Hayek é: “Apesar de suas boas intenções, a social-democracia moderada inglesa conduz ao mesmo desastre que o nazismo alemão – uma servidão moderna” (Cf. ANDERSON, 2003).

⁶⁷ Cf. ANDERSON, 2003.

⁶⁸ THERBON, 2003, p.39.

Correia (2005, p.77) ressalta que o eixo da reestruturação capitalista foi o retorno da liberdade do mercado, o que significou “[...] um corte nas amarras impostas pelo pacto social-democrata e pelo Estado intervencionista. Ou seja, é uma intervenção da luta de classes contra as classes trabalhadoras”. Neste contexto, os defensores da política neoliberal apregoavam uma reforma que passava pela substituição do Estado de Bem-Estar Social e pela repressão aos sindicatos; com isso, almejava-se o desmonte e a desativação do Estado.

Segundo Netto (1992), a ofensiva neoliberal “[...] redefiniu largamente a relação público-privado, redimensionando a conexão política-economia”, na qual o *bem público* ficou configurado como “implicação automática da perseguição individual de fins particulares”. Portanto, conforme este autor, a essência do arsenal do neoliberalismo se deu mediante “[...] uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e esperável e uma proposição política que propõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (grifo do autor) (op. cit., p. 77).

O Estado mínimo, apontado por Netto (op. cit.), foi denominado por Sader (2003) como Estado Mini-Max, ou seja, Estado Mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas, e Estado Máximo para o capital – através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras de infra-estrutura, voltados ao apoio à acumulação privada, e políticas econômicas e financeiras com evidente conotação de classe.

Com isso, Borón (2003) afirma que houve um duplo movimento político e ideológico: por um lado, uma supersticiosa exaltação do mercado; “[...] por outro, uma recíproca satanização do Estado como causador de todas as desgraças e infortúnios que, de diferentes maneiras, afetaram as sociedades capitalistas”⁶⁹. Segundo o autor, a hegemonia ideológica do neoliberalismo e sua expressão política, o neoconservadorismo, adquiriram na América Latina, além da “sua crise estrutural – seu raquitismo e regressividade tributária, a irracionalidade do gasto, a sangria da dívida externa, sua hipertrofia burocrática”, um discurso ideológico de satanização do setor público, que “[...] iguala tudo o que é estatal com a ineficiência, a corrupção e o desperdício, enquanto a ‘iniciativa privada’ aparece sublimada como a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade” (BORÓN, 2003, p. 77).

Como resultante deste processo, observa-se em boa parte da América Latina o radical enfraquecimento do Estado, com a diminuição de sua capacidade para formular e executar

⁶⁹ Op. cit., p. 77.

políticas públicas, já que submetido aos interesses das classes dominantes, e, conforme Borón (op. cit.), “[...] renunciando a graus importantes de soberania nacional diante da superpotência imperial, a grande burguesia transnacionalizada e suas ‘instituições’ guardiãs: o FMI, o Banco Mundial e o regime econômico [...]” desdobram-se para amputar ao Estado todas as “[...] suas capacidades regulatórias” e manter a imagem dicotômica do *público e do privado*, na qual há uma redução e até liquidação da esfera estatal em favor do fortalecimento do setor privado da economia. Como afirma Antunes:

O neoliberalismo passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados, contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do Estado, políticas fiscais e monetárias, sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como o Fundo Monetário Internacional (ANTUNES, 2006, p.22).

Desde então, as políticas sociais vêm sofrendo forte ataque no neoliberalismo. Porém, sua extinção não está na agenda do capital. As políticas sociais ou os seguros sociais significam a lealdade e a produtividade da mão-de-obra, sem afetar a estrutura de produção e de mercado⁷⁰; além disso, estes não são mecanismos de redistribuição de recursos, mas um novo arranjo de recursos econômicos e sociais no quadro das novas exigências que não perturbam a economia de mercado, cabendo, portanto, ao Estado garantir apenas um mínimo de acesso e de seguros sociais⁷¹.

Com a redução do papel do Estado, as seqüelas da “*questão social*” passaram a ser deslocadas para a “responsabilidade dos sujeitos individuais que as experimentam”. Desta forma, as refrações da “*questão social*” são transformadas em problemas sociais, e as políticas sociais públicas ganharam um novo caráter: o de privilégio. Sob a ótica da individualização os problemas sociais são transfigurados em problemas pessoais (privados)⁷².

Neste contexto, Netto (1992) enfatiza que há uma *psicologização da vida social* na qual o sujeito – individual – toma para si a responsabilidade pelo seu destino pessoal e por seus problemas sociais. Entretanto, a psicologização na ordem capitalista não se reduz apenas à vida social do indivíduo, ela vai além, através da redefinição entre público e o privado⁷³,

⁷⁰ Cf. FALEIROS, 2000.

⁷¹ De acordo com Faleiros (2000, p. 91), “[...] os seguros sociais são políticas destinadas à mão-de-obra direta ou indiretamente incorporada ao mercado de trabalho, mesmo se as prestações sobrevenham nos momentos de perda do trabalho por acidentes, desempregos, moléstias, aposentadoria”.

⁷² Cf. NETTO, op. cit.

⁷³ Cf. VIANA, 2007.

com a criação de segmentos que têm no liberalismo a gênese da dicotomia entre o público e privado, como o terceiro setor, as Organizações Não Governamentais, os programas de responsabilidade social, a filantropia empresarial, o voluntariado, a filantropia religiosa e as seguradoras financeiras (patrocinando desde planos de saúde a fundo de pensão). Todos eles atuam como agentes sociais na sociedade moderna.

O esfacelamento da responsabilidade coletiva, com o retorno do individualismo, são tentativas expressas de substituição do papel do Estado. Como afirma Soares (2005), “[...] estas formas, ditas ‘modernas’, supõem a criação de um tipo ‘especial’ de mercado que inclui os mais variados ‘agentes sociais’”, em que, conforme a autora, a mercantilização é explicitada ao gerar enormes lucros para os ditos “agentes sociais”, principalmente porque a origem dos recursos que os sustenta não é exclusivamente privada, e sim pública, através da mobilização de subsídio e isenções fiscais, o que, na prática, implica a “[...] renúncia tributária altamente regressiva do ponto de vista social”, ou seja, o fundo público passa a ser objeto de desejo do capital na obtenção de mais lucros. É sobre isso que discorreremos a seguir.

1.2.1 Fundo Público em disputa

A crise contemporânea do capital, e conseqüentemente os mecanismos encontrados para correção dos rumos da acumulação capitalistas, como a nova definição do papel do Estado ante esta crise, a exemplo do projeto neoliberal, têm fomentado uma acirrada disputa entre o público e o privado pelo fundo público.

As transformações econômicas e as políticas introduzidas pelo projeto neoliberal no Estado têm elevado a busca desenfreada por lucro pelo capital. Este tem buscado ampliar suas riquezas através da riqueza pública, ou seja, o fundo público significa para o capital o agente financiador na concretização do lucro⁷⁴, uma vez que, segundo Chauí (1999),

[...] sob a forma do salário indireto, o fundo público desatou o laço que prendia o capital à força de trabalho (ou o salário direto). Essa amarra era o que, no passado, fazia a inovação técnica pelo capital ser uma reação ao aumento real de salário e, desfeito o laço, o impulso à inovação tecnológica tornou-se praticamente ilimitado, provocando expansão dos investimentos e agigantamento das forças produtivas, cuja

⁷⁴ CHAUI, 1999. Universidade em liquidação. Artigo publicado na Folha de São Paulo, 11 de julho de 1999. Disponível em < http://www1.folha.uol.com.br/fof/brasil500/dc_1_2.htm> Acesso em 14 de setembro de 2008.

liquidez é impressionante, mas cujo lucro não é suficiente para concretizar todas as possibilidades tecnológicas (op. cit.).

Dessarte, Chauí (1999) assevera que “o fundo público define a esfera pública da economia de mercado socialmente regulada e que as democracias representativas agem num campo de lutas polarizado pela direção dada ao fundo público”⁷⁵. De acordo com Oliveira (1998), o fundo público constitui-se no padrão de financiamento público da economia capitalista nos tempos modernos, fazendo assim parte das relações de produção. Segundo ele, o fundo público “[...] pode ser sintetizado na sistematização de uma esfera pública onde, a partir de regras universais [...]” e pactuadas, “[...] passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais”⁷⁶.

Em síntese, podemos afirmar que o fundo público é tudo aquilo que é obtido pelo Estado sob a forma de tributos, oriundos tanto da acumulação do capital como da reprodução da força de trabalho. Neste sentido, o fundo público aparece, antagonicamente, tanto como pressuposto da acumulação privada como repostado pela própria lógica de expansão do sistema capitalista. Esta relação, segundo Oliveira (1998), é constitutiva do capitalismo moderno, fazendo parte das relações de produção e se constituindo em recursos públicos, que podem ser utilizados para financiar tanto a acumulação do capital quanto a reprodução da força do trabalho, com investimentos sociais em bens e serviços de consumos coletivos, que vão desde saúde, previdência, arte e cultura, a saneamento, segurança, educação, entre outros⁷⁷.

Correia (2005), baseada em Oliveira (1998), afirma que “[...] há uma extrapolação das relações privadas para a esfera pública. Os interesses privados tornam-se interesses gerais, tomando uma forma estatal chamada de função do Estado”. Ou seja, o Estado está estruturado e vinculado às classes sociais; estas, por sua vez, constituem a sociedade civil.

Configurando-se, conforme Correia (2000), uma publicização das classes sociais através do deslocamento “[...] da luta de classes da esfera das relações privadas para a das relações públicas”. Esse deslocamento das classes sociais – identificadas como atrizes do confronto privado e convocadas a representar os interesses gerais, no âmbito público – é o que vai justificar a existência e a manutenção do fundo público.

⁷⁵ Op. cit.

⁷⁶ OLIVEIRA, 1998, p. 19-20.

⁷⁷ Cf. CORREIA, 2005.

Para a sua sobrevivência e manutenção, o Estado capitalista arrecada tributos e impostos; embora este fato possa ser um limitador de sua autonomia, não torna óbvia a sua posição instrumentalista, de pacto de dominação, ou seja, sua ação não será exclusivamente direcionada a uma das classes. Como afirma Correia (2000), “[...] não se pode falar de um autonomismo estatal, do Estado como ator político com estrutura organizativa independente capaz de intervir na vida social, e tampouco do instrumentalismo do marxismo vulgar, em que todas as intervenções estatais visam reproduzir a dominação capitalista”⁷⁸. Pois, conforme Oliveira (op. cit.), a estruturação da esfera pública se dá nos limites do Estado classista, ao passo que nega à burguesia “[...] a propriedade do Estado e sua dominação exclusiva, permitindo, dentro dos limites das incertezas previsíveis, avanços sobre terrenos antes santuários sagrados de outras classes ou interesses”. Ou seja, a sua estruturação é “[...] uma negação dos automatismos do mercado e de sua perversa tendência à concentração e à exclusão”⁷⁹.

Assim, o fundo público não é a expressão apenas de recursos público-estatais destinados a sustentar ou financiar a acumulação de capital; ele, segundo Oliveira (1993, p. 139), “[...] é um ‘mix’ que se forma dialeticamente [...]”, representa e contém na mesma unidade, “[...] no mesmo movimento, a razão do Estado, que é sociopolítica, ou pública, se quiser, e a razão dos capitais, que é privada”. Daí, a tarefa da esfera pública consiste em criar medidas, tendo como pressupostos as diversas necessidades da reprodução social, em todos os sentidos, mediante a “[...] necessidade da reprodução do capital em setores que, por sua própria lógica, talvez não tivessem condições de se reproduzir”⁸⁰.

De acordo com Soares (2005), a lógica da ideologia neoliberal “[...] produz um retrocesso histórico no que diz respeito à origem do bem-estar social, que sai da esfera pública e passa para o âmbito do privado” (op. cit., p. 58). Neste contexto,

[...] a questão social deixa de ser responsabilidade do Estado e volta a ser objeto de ações filantrópicas e de benemerência. [...] Quando os problemas sociais assumem proporções preocupantes, caberia então ao Estado intervir com programas sociais focalizados nos pobres, tratando de reinseri-los ao “mercado”. Partindo do pressuposto de que os bens e serviços sociais são de “consumo privado”, tratar-se-ia de promover algum tipo de subsídio à demanda desses pobres para que eles possam adquirir esses bens e serviços no “mercado”. É a antiga ideologia liberal que ressurgue com “nova roupagem” e que tem predominado na última década em todos os documentos “sociais” do Banco Mundial e outros organismos internacionais (SOARES, 2005, p. 59).

⁷⁸ CORREIA, 2000, p. 23.

⁷⁹ OLIVEIRA, 1998, p. 22.

⁸⁰ Cf. OLIVEIRA, 1998.

No Brasil, bem como nos Estados dos países periféricos, os organismos internacionais têm feito inúmeras recomendações, que vão desde a contração de “[...] empréstimos externos (o que implica, em muitos casos, aumento de suas dívidas) para implementar ‘pacotes’ que em sua maioria não apenas já estão prontos, como impõem uma série de ‘condicionalidades’ para a utilização ‘correta dos recursos’; o não-aumento de gastos públicos para não produzir “déficit fiscal”; além da implementação de parcerias com a iniciativa privada, quando tiver de atuar diretamente por meio de suas próprias redes. Desta forma, os recursos públicos “[...] devem ser priorizados nos chamados ‘subsídios à demanda’ e não na ampliação da oferta de serviços públicos”⁸¹, a exemplo do que acontece na política de saúde e na atenção oncológica, como veremos adiante.

Desta forma a transferência dos serviços locados aos “agentes sociais” consiste, na realidade, na terceirização e na privatização dos serviços sociais, que se dá em nome da economia de recursos públicos, ignorando, conforme Soares (2005), “[...] o alto custo da terceirização e o alto preço pago pelos governos por meio dos subsídios e das isenções fiscais” (op.cit., p. 63). A autora afirma que:

A privatização dos serviços sociais corresponde ao alto grau de mercantilização dos bens sociais, submetidos à mesma lógica privada de qualquer produção de bens materiais, admitindo com naturalidade o lucro, com isso, o peso da produção/administração privada (embora o financiamento seja público dos fatores sociais – educação, saúde, aposentadorias, etc. – tende a ser maior do que o da pública (SOARES, 2005, p. 64).

A descentralização de serviços sociais de educação, saúde, cultura e pesquisa científica seriam feitos por meio da transferência da sua execução a um setor “público não-estatal”. Este setor emerge do documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE sem que se defina claramente como ele é constituído e quais são as regras para o seu funcionamento. O único critério mencionado é o fato de a instituição ser considerada como de “utilidade pública”, critério este que, como sabemos, sempre foi alvo de todo tipo de corrupção e clientelismo⁸².

Vale destacar que, no Brasil, as fontes do fundo público para saúde são provenientes do Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e

⁸¹ SOARES, 2005, p. 60.

⁸² Cf. SOARES, op. cit.

municipal; Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal; IBGE: Contas Nacionais – valor do PIB⁸³.

Outro fator importante a destacar é que em nosso país os gastos públicos com saúde correspondem às despesas com ações e serviços públicos de saúde, definidas na quinta e sexta diretrizes da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A sua composição financeira, conforme a RIPSA, compreende:

Gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados em cada esfera de governo (administração direta, autarquias e fundações); e transferências negociadas de recursos à outras esferas de governo (estados e municípios) e à instituições privadas.

As transferências intergovernamentais são contabilizadas somente no nível de governo que as financiam, para evitar dupla entrada dos valores (na origem e na esfera receptora).

Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde.

No âmbito federal excluem-se, também, as despesas com o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza.

Excluem-se também os gastos com saúde destinados a clientela fechadas, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a estes servidores.

Para a União e estados são consideradas as despesas empenhadas. Para os municípios, a despesa liquidada. Este conceito difere do definido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para os indicadores de gasto federal com saúde. A metodologia do IPEA inclui despesas dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação.

Portanto, embora o neoliberalismo apareça como uma “opção preferencial pela acumulação e reprodução do capital”, a luta da classe trabalhadora “[...] está demarcada como luta pela gestão do fundo público, opondo-se à gestão neoliberal”⁸⁴, ou seja, a classe trabalhadora tem lutado para garantir com o fundo público a manutenção e ampliação das políticas públicas. Pois só através da luta de classes, do lado do trabalhador, por uma nova hegemonia, é possível uma desprivatização do Estado, no sentido de direcionar os gastos do Estado, gastos sociais, determinados pela luta de classes com finalidades sociais, e não feitos apenas no sentido da reprodução do capital⁸⁵.

1.3 O ESTADO BRASILEIRO: RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO

⁸³Cf. RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. 2008. Disponível em <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=E.6.1&lang=pt>> acesso em 12 de setembro de 2008.

⁸⁴ Cf. CHAUI, 1999.

⁸⁵ Cf. OLIVEIRA, 2003.

Para que possamos compreender com mais clareza a crise contemporânea do capital, se faz necessário situarmos o papel do Estado brasileiro ante essa crise, e o imbricamento entre o público e o privado, decorrente das transformações ocorridas na sociedade brasileira, mediante as relações capitalistas no modo de produção, ressaltando que essas transformações não foram as mesmas vivenciadas pelos países hegemônicos. Sua inserção nas relações capitalistas internacionais se deu quando o capitalismo monopolista já dominava no contexto internacional. A transformação do país de uma economia primário-exportadora para industrial deve ser avaliada, bem como a sua relação com o capital estrangeiro e as formas, adotadas, de proteção social em seu contexto histórico.

A história do Estado brasileiro tem relação direta com a expansão do capitalismo monopolista, embora em nosso país, assim como nos países periféricos, os reflexos do avanço do capital ocorreram lentamente.

Em todo o mundo a expansão do capitalismo monopolista se deu mediante o mais alto índice de produtividade industrial e, conseqüentemente, alto teor de capital em razão da concentração capitalista, o que caracterizou a hegemonia capitalista, marcada pela “[...] expansão do capital produtivo de nações com elevada composição orgânica de capital para as de baixa produtividade do trabalho”⁸⁶. Estes fatores favoreceram a “[...] queda da taxa média de lucro das nações maduras através da absorção da taxa de exploração nas nações de baixa composição orgânica de capital”, caracterizando-se assim uma dominação (tanto econômica como política) do capital estrangeiro e a submissão dos países importadores de capital aos interesses da burguesia estrangeira. Desta forma, segundo Mandel (1982), “*Não era mais a ‘artilharia leve’ de mercadorias baratas que agora bombardeava os países subdesenvolvidos, mas a ‘artilharia pesada’ do controle das reservas de capital*” (op.cit., p. 37).

Nessa perspectiva, foi realizada uma aliança entre a indústria estrangeira e as oligarquias locais, capaz de limitar a extensão do mercado interno, provocando a “[...] subordinação e/ou substituição dos produtores locais pelos estrangeiros, configurando um desenvolvimento desigual entre as nações”⁸⁷. Segundo Mandel (op. cit.), o processo de “[...] dominação do capital estrangeiro sobre os processos de acumulação de capital nos países subdesenvolvidos resultou num desenvolvimento econômico[...],” que os tornou “[...] complementares ao desenvolvimento da economia dos países metropolitanos imperialistas

⁸⁶ WANDERLEY, 2006, p. 6.

⁸⁷ MANDEL, 1982, p. 37.

[...]” (op. cit., p. 38). Nesta relação desigual, os países periféricos deveriam concentrar-se apenas nos produtos primários, ou seja, na produção de matéria-prima vegetal e mineral.

Entretanto, a produção de matéria-prima pelos países subdesenvolvidos apresentou uma característica específica, que foi um grande exército de mão-de-obra de reserva de baixo custo, o que segundo Mandel (1982), “[...] tornou não lucrativo o emprego de capital fixo em grande escala: a máquina moderna não podia competir com esse trabalho barato” (op. cit., p. 38).

Como forma de ampliar seus interesses nos países periféricos, o capitalismo monopolista internacional passou a investir, além de na “[...] produção de matérias-primas a baixo custo por meio de métodos industriais avançados [...]”, também na produção de bens acabados nos próprios países subdesenvolvidos e que “[...] poderiam ser vendidos a preço de monopólio, em lugar das matérias-primas que haviam se tornado excessivamente baratas [...]” (op. cit., p. 43). Vale ressaltar que as exportações dos países metropolitanos, no período do final do século XIX e início do século XX, concentravam-se basicamente em bens de consumo, carvão e aço.

Conforme Mendonça (1990), no Brasil a sustentação do “[...] processo de expansão industrial acelerada com a busca simultânea de soluções técnicas e financeiras para a implantação de um setor de bens de produção” exigiram a presença da “*empresa pública* como alternativa de financiamento do novo padrão de acumulação, em uma conjuntura internacional de tecnologia altamente monopolizante [...]” (grifo da autora) (MENDONÇA, 1990, p. 271).

Desta forma, conforme a autora, a intenção da articulação entre a esfera pública e a indústria era tornar o Estado “[...] o núcleo definidor dos investimentos industriais, o que estimularia, por seus efeitos dinâmicos, o capital privado nacional”⁸⁸. Vale destacar que esta proposta não significava a total retirada do capital estrangeiro do processo industrial brasileiro, mesmo porque, para a expansão da indústria local, era necessário o acesso à tecnologia monopolizada.

Destaca-se que em nome do desenvolvimento, conforme Freitas (2005, p. 2), o Brasil fez seu primeiro empréstimo direto com os EUA em 1921, no valor de 50 milhões de dólares. Em 1930, os norte-americanos já “[...] detinham 30% da dívida externa brasileira, embora o

⁸⁸ MENDONÇA, 1990, p. 275.

Reino Unido ainda fosse o maior credor [...] Ao fim da República Velha, a dívida externa atingia 237,5 milhões de libras”.

Segundo Fernandes (1987), no Brasil o Estado nasceu sob a égide da ambigüidade “[...] entre um liberalismo formal, como fundamento, e o patrimonialismo, como prática, no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes”. Conseqüentemente, o desenvolvimento da política social se deu mediante essas “[...] fricções e dissonâncias e a dinâmica própria da conformação do Estado”. As políticas sociais brasileiras tiveram sua origem vinculada à aristocracia agrária, ao lado do surgimento de novos agentes econômicos (elite econômica e política), sob a pressão da divisão do trabalho, na direção da construção de uma nova sociedade nacional⁸⁹.

Nas duas primeiras décadas do século XX, no Brasil, de acordo com MERHY (1992 apud ACIOLE, 2006, p.127), encontramos um cenário violento de transformações político-sociais⁹⁰, e com ele a crise do modelo liberal e agrário-exportador que predominava como modelo de desenvolvimento econômico e social, e no qual as oligarquias dispunham de franca hegemonia política e econômica, demarcando assim a separação entre a sociedade civil e o Estado.

O processo industrial instaurado no período de 1930-1945 foi decisivo para a política e a reorganização do papel do Estado brasileiro, a exemplo de políticas sociais adotadas neste período, como a aprovação da lei Eloy Chaves (1923)⁹¹, que instituiu a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para os ferroviários, graças não só ao importante desempenho desta categoria na economia do país naquela época, como também por sua capacidade de mobilização e reivindicação.

Após a II Guerra Mundial, houve uma mudança na exportação da indústria dos países desenvolvidos, deslocando-se para máquinas, veículos e bens de capital, o que proporcionou a esses países exportadores o grau de desenvolvimento de cada um. Neste

⁸⁹ Segundo Holanda (1999, p. 117), neste período, em meio à transição “[...] de uma sociedade baseada na economia agropecuária para uma sociedade dominada pelo capitalismo industrial”, o Brasil já contava com a sua organização social caracterizada pela “[...] burguesia, o proletariado e as classes médias”.

⁹⁰ Segundo Behring & Boschetti (2007, p. 80), este período é marcado pela formação dos primeiros sindicatos pelo reconhecimento do direito de organização sindical sob forte influência dos imigrantes europeus, que traziam as idéias dos movimentos anarquistas e socialistas para o Brasil. O que promoveu, no cenário político e social, mudanças na correlação de forças, acarretando em 1911 a regulamentação da redução da jornada de trabalho para 12 horas diárias. Posteriormente, em 1919, a questão dos acidentes de trabalho foi regulamentada, embora por via do inquérito policial e com ênfase na responsabilidade individual, em detrimento das condições coletivas de trabalho.

⁹¹ A primeira CAP criada, foi a dos ferroviários. Cf. LEI ELOY CHAVES. Decreto Nº 4.682 - de 24 de janeiro de 1923 - DOU de 28 janeiro de 1923.

contexto, os grupos monopolistas passaram a se interessar cada vez mais pela industrialização nos países periféricos, pela ampliação da mais-valia. Mandel afirma que “[...] é esse fato – e não qualquer consideração de ordem filantrópica ou política – que constitui a raiz básica de toda ‘ideologia do desenvolvimento’, que tem sido promovida no Terceiro Mundo pelas classes dominantes dos países metropolitanos”⁹². De acordo com Mendonça:

Foi sob a égide do plano de metas, lançado na segunda metade dos anos 50, que o país ingressou em sua fase de economia industrial avançada, concretizando-se uma estrutura monopolista específica que articulou de modo peculiar, a multinacional, a empresa privada nacional e a empresa pública. Operou-se uma ruptura com a orientação da política econômica anterior, sobretudo em dois níveis: no da definição de um novo setor industrial a ser privilegiado pelo Estado; e no estabelecimento de novas estratégias de financiamento para a industrialização da economia brasileira. No primeiro caso, a prioridade seria o setor produtivo de bens de consumo duráveis; no segundo, a opção foi a internacionalização da economia brasileira, em lugar da ênfase aos empréstimos públicos externos (MENDONÇA, 1990, p. 276).

Nesse contexto, o país abriu mão de seu projeto de desenvolvimento nacional autônomo, internacionalizando a economia, franqueada ao capital estrangeiro sob dupla modalidade: de empréstimos e investimentos diretos⁹³. Os reflexos desta política foram presenciados nos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek, quando identificamos a junção de interesses econômicos dominados pelos ditames do capital externo e a manutenção de uma política de massas. Esta se deu em resposta também às pressões dos movimentos sociais, em direção à industrialização do país, deslocando o eixo agroexportador para o urbano-industrial. Estes fatores marcaram o início do processo de incorporação, no cenário brasileiro, das legislações no campo dos direitos sociais, sob a ideologia das benesses, ainda que sob o aparato da relação capital e trabalho via legislação trabalhista.

O Brasil, a exemplo da maioria das nações, passou a implementar algumas garantias sociais para atender às reivindicações dos setores mais organizados da sociedade. [...] Assim, incorpora reivindicações dos setores populares, concedendo-lhes alguns direitos, mas cuidando para que os próprios trabalhadores entendessem que os direitos concedidos não eram fruto de suas reivindicações, e sim consequência da generosidade do Estado (grifo da autora) (MALTA, 2001, p. 114-115).

Vale ressaltar que até os anos 1930 a “*questão social*” era tratada como caso de polícia e reservada à filantropia. Conforme Iamamoto e Carvalho (1988, p.135), o Estado.

⁹² MANDEL, op. cit., p. 43

⁹³ MENDONÇA, op. cit.

“Em face de sua incapacidade de propor e implementar políticas sociais eficazes[...]” passou a utilizar a polícia no controle da “*questão social*”, considerando que ele (o Estado) “[...] se negará a reconhecer a existência da ‘*questão social*’ [...]”; dessa forma, a repressão policial era utilizada como tentativa de sufocar o movimento reivindicatório, dos que viviam em situação de extremo pauperismo.

Só a partir da década de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), atendendo aos interesses das políticas de industrialização e às demandas dos segmentos mais organizados dos trabalhadores e com maior capacidade de pressão política (demandas do trabalho urbano-industrial), é que se dá a instalação do Estado interventor no Brasil, mediante o chamado Estado assistencial⁹⁴, promovendo assim a *cidadania regulada*⁹⁵, ou seja, a cidadania não universal, vinculada à relação capital/trabalho.

Neste contexto político, econômico e de freqüentes manifestações do movimento operário, as mazelas da “*questão social*”, através da aliança entre a elite burguesa, o Estado e a Igreja⁹⁶, foram absorvidas pelo Estado e pela filantropia, deixando de ser problema de polícia para receber um tratamento político, ainda que sob viés corporativista. Segundo Martinelli (2001), esta ação se deu como mecanismo estratégico para *disciplinar e desmobilizar* a classe operária.

A luta pela vida, pela sobrevivência, pelo trabalho, pela liberdade, levava o proletariado a avançar em seu processo organizativo, o que era visto com muita apreensão pela burguesia. Unindo-se ao Estado e à Igreja, como poderes organizados, a classe dominante procurava conceber estratégias, com força disciplinadora e desmobilizadora do movimento do proletariado (op. cit., p. 122).

Como nos países periféricos, no Brasil nunca houve o Estado de Bem-Estar Social. Em seu contexto histórico, o que foi vivenciado referente à proteção social foi a articulação

⁹⁴ Cf. FALCÃO, 2002.

⁹⁵ Cidadania Regulada, segundo Santos (1979), consiste na ‘ampliação’ dos direitos sociais diretamente relacionados ao sistema de estratificação ocupacional; assim, “[...] são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei [...] regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato público” (op. cit., p. 75).

⁹⁶ Com as mobilizações e reivindicações da classe trabalhadora nas primeiras duas décadas do século passado, abriu-se o debate sobre a “*questão social*” em toda a sociedade, o que obrigou o Estado, a Igreja e a burguesia a se posicionarem diante dela. Segundo Iamamoto (2004), a Igreja encarou a “*questão social*”, segundo os preceitos das encíclicas papais, como um ‘problema social’ de ordem moral e religiosa, antes mesmo de ser uma questão de ordem econômico-política. Nesta compreensão a intervenção do Estado deveria ser a de preservar e regular a propriedade privada, impondo limites legais aos excessos de exploração ao trabalhador “[...] e, ainda, tutelar os direitos de cada um, especialmente dos que necessitam de amparo”. A Igreja em sua preocupação com a “*questão social*” se prontificou a compartilhar da ação do Estado no que concerne às famílias através de sua ação doutrinária e organizadora, com o objetivo de “[...] livrar o operariado das influências da vanguarda socialista do movimento operário e harmonizar as classes em conflito a partir do comunitarismo cristão”.

entre o paternalismo, este compreendido enquanto autoritarismo e ideologia das benesses, e repressão social⁹⁷, e nesse contexto já se revelava a confusão entre os interesses públicos e privados nos centros de decisões políticas e de institucionalização do Estado, mediante os interesses das elites dominantes, e a repressão social, como veremos a seguir.

O que o Brasil conheceu mais próximo do Estado de Bem-Estar Social foi o Estado assistencial. Segundo Elias (2004), embora no plano das políticas públicas não se tenha verificado nenhuma iniciativa do modelo de Estado interventor, o que se observou foi o enfraquecimento da separação entre a esfera pública e privada, explicitado no âmbito do econômico, “[...] quando o Estado se apresenta como uma espécie de sócio do capital privado [...]” e as escassas políticas de proteção social existentes estavam condicionadas ao mercado formal de trabalho, através de desconto compulsório na folha de salário da classe trabalhadora urbana, sem qualquer participação de recursos fiscais do Estado.

A classe merecedora de maiores cuidados oficiais [...] foi a classe trabalhadora. Vargas começou a legislação que a considera logo nos primeiros dias de governo, com o Ministério do Trabalho. Depois, aos poucos, foi cumprindo as reivindicações vindas de antes, dos sindicatos ou tenentes, com férias, salário mínimo, horário de trabalho, previdência social. Fez várias leis sobre sindicatos, sempre em sentido tutelar. Cumpria a meta positivista de incorporação do proletariado, [...] orientado pelo pensamento comtiano. Não era revolucionário, mas cooptador da classe, tirando-lhe o cunho particular, em sentido antimarxista: não queria o operariado conquistando seus direitos pela luta, pela organização própria, mas como dádiva (IGLÉSIAS, 1993, p. 255).

No cenário internacional, na década de 1940, a partir da conferência de *Bretton Woods*⁹⁸, foram criados pelos EUA os organismos multilaterais de relevante importância na história dos países latino-americanos: o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), e mais tarde o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID (1959). Todos criados no âmbito das articulações e estratégias econômicas e político-ideológicas, cujo objetivo era alcançar a hegemonia norte-americana em todo o mundo, legitimando-se através das instituições e mecanismos multilaterais que se definiram, se proclamaram e se projetaram como organismos de

⁹⁷ Cf. SERRA & SERRA, 1999.

⁹⁸ No começo, em 1944, a Conferência de *Bretton Woods* não era um projeto neoliberal, mas keynesiano, e seu objetivo estratégico era assegurar a estabilidade das moedas nacionais, mediante a injeção de orçamento estatal nos circuitos econômicos. Agora é exatamente o contrário: instabilidade das moedas nacionais instrumentada pelo FMI, porque eles exigem liberdade do mercado de câmbio, e isso é causa da crise financeira (CHUSSODOVSKY, 1999).

cooperação mundial, desembocando na consolidação da *Aliança para o Progresso*⁹⁹, de Kennedy, Johnson e Rostow, “tendo os Estados Unidos como gestor hegemônico do processo arquitetado no plano do confronto econômico e político da Guerra Fria”¹⁰⁰, consolidado pelo Plano Marshal (1947)¹⁰¹.

Segundo Rizzotto:

Ao fim da Segunda Grande Guerra, pela primeira vez na história, os EUA tinham condições concretas para assumir a liderança econômica/política internacional, porém precisavam barrar o avanço do comunismo, que se apresentava como alternativa ao sistema político-econômico vigente, e ampliar o mercado de consumidores de seus produtos. Para a expansão do mercado mundial, seria fundamental que as condições econômicas das regiões “subdesenvolvidas” do mundo fossem melhoradas. A estratégia encontrada para isto constituiu-se na execução de uma política externa centrada em cooperações bilaterais, utilizando-se de programas de assistência técnica e de estímulos para que a iniciativa privada investisse nestas regiões (2000, p. 64).

De acordo com Lichtensztejn & Baer,

[...] pode-se afirmar que o FMI e o Banco Mundial – mais que reguladores dos sistemas de relações internacionais – foram inicialmente forjados como instrumentos dessa dominação norte-americana. A grande diferença do passado inglês é que essa hegemonia conseguiu legitimar-se em instituições e mecanismos multilaterais que se definiram, se proclamaram e até hoje se projetam como de cooperação mundial (1987, p.34 apud FIGUEIREDO, 2006, p. 22).

Segundo Rizzotto (op. cit., p. 63), o Brasil na área da saúde, já em 1942, teve sua primeira experiência marcante de programa de cooperação bilateral entre nosso país e os EUA, através da criação do SESP - Serviço Especial de Saúde Pública. “A partir de meados da década de 1950, o Brasil abriu-se fortemente aos investimentos estrangeiros. Foi também nesta década que se marcou o grande avanço da multinacionalização das atividades produtivas no âmbito da economia mundial” (COSTA, 2003 apud ZANATTA, 2006).

⁹⁹ O programa *Aliança para o Progresso* trata-se de um programa americano de ajuda bilateral para países da América Latina. Foi implementado no período de 1961 – 1974, em grande medida motivado pela Revolução Cubana de 1959 e pela repercussão política deste processo em outros países da América Latina, sendo apresentado no Uruguai, em agosto de 1961, pelo então presidente dos EUA, John Kennedy, e ratificado na Carta de Punta del Este (Cf. RIZZOTTO, 2000).

¹⁰⁰ FIGUEIREDO, 2006.

¹⁰¹ O plano Marshal constituiu-se em um ousado projeto americano voltado à reconstrução dos países aliados europeus, e posteriormente foram incluídos a Alemanha e o Japão. “Os recursos deste plano, que se encerrou em 1955, tinham mais o caráter de concessão do que de empréstimos, e superaram em muito o montante fornecido pelo Banco Mundial” (Cf. RIZZOTTO, op. cit.).

No campo econômico, conforme Abreu (1997), o Estado regulava “política e burocraticamente os recursos naturais, técnicos, financeiros e humanos, centralizando-os e distribuindo-os conforme estratégias dirigentes do processo de acumulação e desenvolvimento nacional” Conseqüentemente, havia o favorecimento de segmentos produtivos politicamente priorizados através de incentivos fiscais, créditos subsidiados, com câmbio favorável, proteção tarifária, investimentos em infra-estrutura, caracterizando a concessão de direitos e privilégios à iniciativa privada pelo Estado em nome do desenvolvimento econômico brasileiro¹⁰². De acordo com Iglésias:

A palavra decisiva é desenvolvimento. Hipertrofia-se a idéia à vista das virtudes econômicas da nação, até aí indevidamente aproveitadas. Tornou-se moda o chamado desenvolvimentismo, em que tudo mais fica em segundo plano, mesmo o desenvolvimento social: este, no entender dos propugnadores daquele, viria como decorrência (IGLÉSIAS, 1993, p. 270).

De acordo com Mendonça (1990), entre 1955 e 1960 vivenciamos um salto no desenvolvimento e transformações do padrão de acumulação no Brasil. O desenvolvimento tão almejado foi responsável pela emergência de novas contradições, cujos efeitos são repercutidos até o presente. Para alcançar o pleno desenvolvimento, o país foi obrigado a favorecer ostensivamente a concentração de capital e empresas estrangeiras (inserção das multinacionais) em nosso território. Com estas, “por sua superioridade tecnológica e financeira, o dinamismo dos novos ramos produtivos passou a requerer fornecimento dos demais setores em uma intensidade tal, que somente poderia ser atendido por investimentos de alto porte” (op. cit., p. 281). Isso na prática significou escassez de nas oportunidades para o pequeno capital.

Não por acaso, em 1964 deu-se início ao Estado militar no Brasil. Durante um longo período (20 anos) o país esteve submetido aos desígnios do capital estrangeiro, através de acordos estabelecidos com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional e sob a influência da doutrina da política externa norte-americana, no sentido de combater o comunismo. Figueiredo (2006) afirma que a ideologia desenvolvimentista foi produzida nos países periféricos (incluindo o Brasil) como estratégia da afirmação da hegemonia econômica e política dos Estados Unidos da América (EUA) e do deslocamento da Guerra Fria ao chamado Terceiro Mundo, cujo objetivo era, entre outros, “[...] ajudar financeiramente os

¹⁰² Este momento econômico-político brasileiro é tratado por IGLÉSIAS (1993) como um *intervalo quase liberal*.

países que se decidissem a lutar contra o comunismo”. Assim, em diferentes momentos históricos, a supremacia americana criou diversos mecanismos jurídico-políticos e econômico-ideológicos que justificassem a sua intervenção nos países periféricos para promover o crescimento.

O modelo de incentivo à exportação exigiu do governo um grande aporte de recursos financeiros via subsídios, para que os insumos fossem adquiridos no mercado internacional sem comprometerem os altos custos do câmbio cruzeiro – dólar, que chegou em 1966 a Cr\$1.851 por dólar americano (Banco Central do Brasil – Boletim Econômico – Março de 1973 apud FREITAS, 2005, p. 3).

Esse período ficou caracterizado pela forte repressão a todo e qualquer tipo de manifestação social, cultural e política contrária ao regime; pela consolidação do Sistema Brasileiro de Proteção Social, através da centralização financeira e administrativa; e também pela ampliação da relação público e privado nas políticas sociais¹⁰³.

No pós-1964, enquanto grande parte da Europa e EUA viviam o Estado de Bem-Estar Social, o Brasil, ainda sob a égide da ditadura militar, vive a expansão do “*Fordismo à brasileira*”¹⁰⁴, através do chamado “milagre econômico brasileiro”, com a expansão da indústria automotiva e de eletrodomésticos para o consumo de massa, ainda que restrito – que, ademais, já vinha acontecendo desde 1955, com o Plano de Metas, porém na ditadura militar ganha um contorno mais agressivo.

Neste cenário, muda-se a relação: Estado e sociedade civil rompem os canais de participação da sociedade. Assim, ao tempo que se tem uma ampliação das políticas de proteção social como cobertura previdenciária para idosos, trabalhadores rurais, autônomos, empregados domésticos, é franqueada à iniciativa privada a prestação dos serviços rentáveis, como saúde, educação, habitação, entre outros¹⁰⁵.

No Brasil, nas décadas anteriores, sob o regime militar, adotou-se o modelo de modernização conservadora. Os militares, buscando o crescimento econômico, fizeram alianças com a grande burguesia brasileira (preservando a grande propriedade fundiária) e com o capital financeiro internacional, resultando num forte endividamento externo,

¹⁰³ Cf. ARRETCHE, 1999.

¹⁰⁴ Expressão usada por SABÓIA, 1990.

¹⁰⁵ Cf. MOTA, 1995, p. 139.

sujeitando-se às políticas de liberalização financeira e comercial e de desregulamentação cambial, cujo objetivo central era a atração de recursos externos. Del Roio¹⁰⁶ afirma que:

A “crise da dívida externa” mostrou-se como sendo o calcanhar de Aquiles do Estado brasileiro, no exato momento em que encontrava condições propícias para renegociar sua condição subalterna no sistema imperial do Ocidente, obrigando a que a economia do país ingressasse em longa fase recessiva e num conflituoso processo de reordenação da dominação burguesa.

A partir dos meados dos anos 1970, o modelo econômico adotado desde 1930, baseado na substituição de importações, chegava ao esgotamento; conforme Silva (1990), “o grande tripé do nacional-desenvolvimentismo latino-americano – intervenção estatal, capitais nacionais e endividamento externo – esgotara sua capacidade criativa”¹⁰⁷. A partir daí iniciou-se uma nova fase na vida econômica, não só do Brasil, mas de diversos países da América Latina: a desindustrialização.

Retomando o cenário nacional brasileiro, em consequência ao esgotamento econômico iniciado em 1970 verificou-se um movimento de efervescência política no país, composto pela classe burguesa¹⁰⁸ e pela emergente classe subalterna¹⁰⁹ (movimentos sociais, trabalhadores, partidos políticos, estudantes e intelectuais e movimentos de esquerda da Igreja), estes sob influência das idéias marxistas importadas do cenário internacional¹¹⁰; este conhecimento foi indispensável para “[...] compreender os meandros da realidade brasileira da

¹⁰⁶ Cf. DEL ROIO, Marcos. GLOBALIZAÇÃO E CRISE DO ESTADO BRASILEIRO. Texto sem data de publicação. Disponível em: <http://globalization.sites.uol.com.br/globaliza.htm> Acesso em 16 de maio de 2008.

¹⁰⁷ SILVA, 1990, p. 335

¹⁰⁸ Com a redução da taxa de crescimento econômico desde 1975 e o fim das ameaças socialistas na Europa, a partir de 1977, gradualmente a elite burguesa brasileira começou a romper sua aliança “[...] com o capital mercantil e com a tecnoburocracia civil e militar na qual se apoiavam os setores arcaicos e parasitários da burguesia. Atrelado a isto, estava o seu desagrado com a tutela política da tecnoburocracia civil e militar no poder” e sua convicção de que ela (burguesia industrial) seria capaz de administrar melhor os conflitos sociais da época. Esses fatores foram cruciais para o novo pacto político democrático, “[...] unificando as três classes do setor capitalista moderno brasileiro: os trabalhadores organizados, a classe média intelectualizada ou tecnoburocrática” e a burguesia industrial pelo fim do Regime Militar e pela democratização do Estado brasileiro (Cf. PEREIRA, 1989).

¹⁰⁹ Subalternidade é parte do universo dos dominados, dos submetidos à exploração e a exclusão social, econômica e política, e tem na contraface o exercício do domínio ou direção através de relações político-sociais em que predominam os interesses dos que detêm o poder econômico e a decisão política (YAZBEK, 1993; IAMAMOTO, 2007).

¹¹⁰ O pensamento marxista foi introduzido no Brasil através da militância política, articulada com a esquerda católica desde 1960, e como possibilidade de resposta aos desafios postos pela realidade brasileira de então. O pensamento marxista de Antonio Gramsci teve inserção nos partidos políticos de esquerda no período de 1970-1980. Cf. NETTO, 2005; SIMIONATTO, 2004.

época, [...] as questões do Estado, suas instâncias jurídico-políticas e econômicas, bem como as formas de organização da sociedade civil”¹¹¹.

Foi nesse cenário que a classe trabalhadora, a partir de 1978, postou-se, conforme Del Roio, “[...] decididamente em favor do resgate de sua autonomia diante do Estado do capital, construindo novas instituições sociais e políticas em oposição ao corporativismo”¹¹².

Nesse contexto, a sociedade civil¹¹³, heterogênea, uniu-se em favor da democratização do Estado brasileiro e da vida política, conseqüentemente processando pressões sobre o Estado, a fim de encontrar “[...] espaços para gerar as reformas político-institucionais, econômicas e administrativas, que irão refletir-se na organização interna do aparato estatal e no padrão das relações entre os setores público e privado”¹¹⁴.

Assim, no início dos anos 1980 já era possível verificar os resultados da transição política através da implementação de alguns direitos, tais como *habeas corpus*, liberdade de associação, fim da censura, “[...] ampliação dos espaços de participação dos movimentos populares, introdução de novos itens na agenda política: direito a greve, melhores condições de trabalho, direito a terra, à luta por melhores serviços urbanos”¹¹⁵, além do surgimento de novos partidos e do fortalecimento dos sindicatos.

Com o fim do regime militar (1985) e a reabertura democrática, a sociedade civil organizada vislumbrou novos espaços para se fortalecer, como as instituições democráticas; e com isso, através da descentralização, foi possível criar novos canais de relação entre Estado e os novos atores sociais¹¹⁶. Esta nova conjuntura política e social foi favorável à adoção da Reforma do Estado, através das conquistas de políticas públicas e da participação política da sociedade, culminando com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil em 1988, que tinha a missão de apagar os rastros da ditadura militar, estabelecendo princípios democráticos no país.

¹¹¹ SIMIONATTO, 2004, p. 153

¹¹² Cf. DEL ROIO, op. cit.

¹¹³ De acordo com Del Roio, “Esquerdas e liberais estiveram juntos nessa batalha que terminou com a derrota dos setores postados mais à esquerda do espectro político (representados então pelo Partido dos Trabalhadores) e um reordenação de forças políticas liberal-democratas que serviram de núcleo duro para garantir a derrota do regime militar e ao mesmo tempo angariar apoio de setores conservadores e parcela da esquerda (na verdade o PCB e sua área de influência, que então já vivia sua crise terminal)” (op. cit.).

¹¹⁴ Cf. SCHMIDT, 2006.

¹¹⁵ SIMIONATTO, op. cit., p. 177.

¹¹⁶ Cf. SCHMIDT, op. cit.

A Constituição Cidadã¹¹⁷ incluiu pela primeira vez a saúde no *status* de política pública, compondo o tripé da Seguridade Social¹¹⁸ (saúde, assistência e previdência) como Política de Proteção Social, garantindo ao cidadão o direito de ser atendido em suas necessidades básicas: Vida, Saúde, Educação, Seguridade, Lazer, Habitação e Trabalho, substituindo-se a visão centrada no “favor”, “benesses” pela visão do “direito” e da “cidadania”.

1.3.1 Particularidades do Neoliberalismo no Brasil

A difusão do neoliberalismo na América Latina aconteceu ainda na década de 1970, no Chile, sob o regime militar de Augusto Pinochet, enquanto nos demais países latinos a ideologia neoliberal só foi adotada no final da década de 80 do século XX, sob a orientação dos protocolos do *Consenso de Washington*¹¹⁹ que indicavam a nova orientação de estabilização das economias latino-americanas. Sader (2003) destaca que o seu surgimento foi delimitado “[...] pelo esgotamento do Estado de Bem-Estar Social – aonde ele chegou a se configurar – e, principalmente, da industrialização substitutiva de importações”, nos moldes da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)¹²⁰. A “crise da dívida”

¹¹⁷ Termo utilizado pelo então Presidente da Assembléia Nacional Constituinte, Ulysses Guimarães, em seu discurso pronunciado na Sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 27 de julho de 1988.

¹¹⁸ Entende-se a Seguridade Social pelo princípio da Universalidade, na qual é garantido a todos (independentemente de estar ou não no mercado de trabalho) o acesso a um conjunto de certezas e seguranças que cubram, reduzam ou previnam os riscos e as vulnerabilidades sociais. Cf. Constituição Federal - CF - 1988.

¹¹⁹ Consistiu em uma reunião que aconteceu em novembro de 1989, em Washington, cujo tema era: *Latin American Adjustment: How Much has Happened?* A princípio este encontro visava avaliar as reformas econômicas em curso no âmbito da América Latina; para isto contou com diversos economistas latino-americanos de perfil liberal, e representantes das instituições financeiras, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BIRD) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), convocados pelo Institute for International Economics, entidade de caráter privado. Ao final do evento traçaram diretrizes, tais como: estabilização; reformas de Estado e retomada de investimentos estrangeiros, no intuito de subordinar o político ao econômico, em nome do processo de “modernização” da América Latina. Desta forma, a expressão *Consenso de Washington* consiste nas conclusões daquele encontro, que servem até hoje como receituário imposto por agências internacionais para a concessão de créditos aos países periféricos. Ver em *Para conhecer o Neoliberalismo*, João José Negrão, p. 41-43, Publisher Brasil, 1998. Disponível em <http://www.cefetsp.br/edu/eso/globalizacao/consenso.html> Acesso em 12 de maio de 2008.

¹²⁰ A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) foi criada em 25 de fevereiro de 1948 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas e tem sua sede em Santiago, Chile. A CEPAL consiste em uma das cinco comissões econômicas regionais das Nações Unidas (ONU) e foi criada sob o discurso de monitorar as políticas direcionadas à promoção do desenvolvimento econômico da região latino-americana, assessorar as ações encaminhadas para sua promoção e contribuir para reforçar as relações econômicas dos países da área, tanto entre si como com as demais nações do mundo. É possível conhecer melhor essa discussão através da dissertação de mestrado de VITAGLIANO, LUÍS F. **A CEPAL no fim do milênio: a resposta aos “Programas de ajustes” neoliberais**, apresentada ao Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. 2004. Disponível em <libdigi.unicamp.br/document/?down=vtls000337667> Acesso em 10 de maio de 2008.

apenas acentuou os traços dessa crise de direção do processo de acumulação de capital, desdobrada ao longo da "década perdida"¹²¹.

Em meio à inflação e às turbulências políticas e sociais que atingiam o Brasil na segunda metade dos anos 1980, o país, contraditoriamente, continuou sendo um dos mercados mais atrativos para o investimento estrangeiro¹²²; ainda assim, como os demais países periféricos, ajustando-se à economia globalizada, seguindo as orientações postas pelo bloco hegemônico do *Consenso de Washington*.

Entretanto, a adoção desta política no Brasil não aconteceu de forma tranqüila; segundo Oliveira (2003, p. 25), houve grande pressão de setores organizados na sociedade civil (no sentido gramsciano¹²³), de resistência à implantação da ideologia neoliberal, pois não podemos esquecer que a Constituição Cidadã, por exemplo, foi promulgada em meio à efervescência política em 1988.

Caracterizando-se, segundo Teixeira e Oliveira (1998, p. 132), pela adoção tardia do neoliberalismo, uma vez que este só começou a ser implementado a partir da década de 1990, sob o governo de Fernando Afonso Collor de Mello (1990-1992), a efetivação das medidas neoliberais só se dará com o Plano Real, no fim do governo Itamar Franco (1992-1995) e, principalmente, na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com a adoção da *contra-reforma*¹²⁴ do Estado brasileiro, realizada sob a gerência do ministro Bresser Pereira. Segundo Behring e Boschetti:

A hegemonia neoliberal na década de 1980 nos países capitalistas centrais não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe

¹²¹ Cf. SADER, 2003.

¹²² BORÓN, 2003, p. 98.

¹²³ Pois, como já vimos, para Gramsci a sociedade civil não consiste em mera junção de representações e práticas homogêneas, muito pelo contrário, trata-se de um espaço heterogêneo e, sobretudo, um privilegiado espaço da luta de classes.

¹²⁴ A Contra-reforma do Estado é um termo conceituado por Behring (2003) e Borón (1999) para o conjunto de reformas nefastas que abrangeram o reordenamento jurídico, político, econômico e social, implantadas nos países da América Latina na década de 1990, planejadas pelo *Consenso de Washington* e impostas pelos organismos Internacionais. Desta forma, Behring (2003) defende que no Brasil houve uma contra-reforma do Estado e não um conjunto de reformas supostamente modernizadoras, como o governo de FHC costumava afirmar. Ainda segundo a autora, as reformas ocorridas nos anos de 1990 foram parte da constatação factual de natureza regressiva e destrutiva. engendrada pelo Plano Real, a exemplo de seus impactos no emprego, na indústria e na seguridade social. Segundo a autora, o significado político da idéia de reforma está historicamente imbricado com mudanças redistributivas e civilizatórias, aplicadas em quase toda a Europa com a política de bem-estar social, conduzidas pela social-democracia, em contraposição às estratégias revolucionárias e anticapitalistas, enquanto as reformas realizadas na década de 1990 só podem ser denominadas de contra-reformas, pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora e seu processo de "desestruturação do Estado e perda de direitos" no Brasil.

trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais (BEHRING & BOSCHETTI 2007, p. 127).

Em nome da reestruturação capitalista o governo FHC é marcado por críticas aspérrimas ao Estado intervencionista. Em seu discurso¹²⁵ de modernização e racionalização do Estado, este governo propôs uma ampla reforma, (aqui preferimos utilizar o termo contra-reforma do Estado) que previa a Privatização, a Publicização e a Terceirização. Esses termos são conceituados por Pereira (1997) da seguinte forma: Privatização: é um processo de transformar uma empresa estatal em privada; Terceirização: é o processo de transferência para o setor privado dos serviços auxiliares ou de apoio; Publicização: é a transferência dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta para os setores público não-estatais, ou seja, é o processo de transformar uma organização estatal em uma organização de direito privado, pública não-estatal.

Assim, a modernização e racionalização do Estado consistem na minimização da atuação do Estado no tocante às políticas sociais, transferindo a produção de bens e serviços à sociedade, à iniciativa privada; na redução ou desmonte das políticas de proteção social, adoção de políticas centralizadas e focalizadas, na precarização dos serviços públicos; e principalmente na privatização da esfera estatal em nome da superação de visões do passado de um Estado assistencialista e paternalista¹²⁶.

Segundo Soares (2005), nesta nova ordem os critérios públicos são substituídos por critérios privados de organização e de acesso a bens e serviços sociais, e a filantropia substitui o direito social, sendo os cidadãos substituídos pelos pobres. Nesta nova conjuntura, a solidariedade coletiva é substituída pela ajuda individual. “O emergencial e o provisório substituem o permanente. As micros-soluções substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional”. É, conforme a autora, “[...] o reinado do minimalismo no social para enfrentar a globalização no econômico” (op. cit., p. 60).

Assim, conforme Soares (op. cit.), “[...] a supremacia do privado estendeu-se ao social: todos os setores dos sistemas de proteção social considerados ‘rentáveis’ (como a Previdência e a Saúde) foram privatizados em nome da preservação de um Estado para

¹²⁵ Conforme Cardoso (1998), “[...] vivemos hoje num cenário global que traz novos desafios às sociedades e aos Estados nacionais”. Nesse sentido, o autor afirma que é “[...] imperativo fazer uma reflexão a um tempo realista e criativa sobre os riscos e as oportunidades do processo de globalização, pois somente assim será possível transformar o Estado de tal maneira que ele se adapte às novas demandas do mundo contemporâneo”.

¹²⁶ Cf. CARDOSO, 1998.

atender os mais ‘pobres’”. Isso acarretou um “[...] Estado ‘pobre’ ou, mais uma vez, ‘mínimo’ para os ‘pobres’” (op. cit., p. 75).

Este cenário, de desmonte e de destruição da esfera pública, foi iniciado no governo Collor, preparando o “terreno” às reformas que viriam posteriormente, com o governo FHC. Este formula e implementa as chamadas “reformas”, dentre elas, a reforma do Estado ocupa lugar central. Porém este processo não se finda então; no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, verifica-se os a manutenção e avanços desta política.

Contrariando as expectativas das classes subalternas e dos movimentos sociais¹²⁷, de profundas reformas principalmente em relação à *questão social*, o primeiro mandato do governo Lula representou a continuidade e intensificação da herança neoliberal do seu antecessor (FHC), que conforme Boito (2003) consiste: na abertura comercial, desregulamentação financeira, privatização, ajuste fiscal, pagamento da dívida, redução dos direitos sociais, desregulamentação do mercado de trabalho e desindexação dos salários, em nome da estabilidade econômica do plano Real.

O governo Lula reafirmou seus compromissos ainda em campanha política eleitoral para a presidência da República, em São Paulo, 22 de junho de 2002, através da “Carta aos Brasileiros”¹²⁸. Segundo Antunes (2006), em essência, nesta carta, Lula reafirmou o seu compromisso, se eleito, “[...] com os contratos e acordos firmados com os organismos internacionais, implicando: (a) adotar o regime de metas de inflação; (b) manter o câmbio flutuante; (c) praticar superávits primários elevados, e (d) manter altos juros”.

Desta forma, a *contra-reforma* do projeto neoliberal no Brasil foi fundada na macroeconomia do Plano Real, na qual, conforme Behring (2003), “[...] as expressões da ‘*questão social*’ foram ‘enfrentadas’ por meio de políticas focalizadas/seletivas e compensatórias, afastando-se do conceito constitucional de seguridade ou ignorando-o

¹²⁷ De acordo com Leher (2003), a eleição de Lula à presidência da República, com mais de 60% dos votos, se deu por meio de *uma vigorosa guinada ao centro*, capitalizando os anseios de mudanças dos movimentos sociais, dos servidores públicos e setores das classes médias empobrecidos com a política neoliberal dos governos anteriores. Desta forma, segundo Leher (idem), estes segmentos iniciaram o ano de 2003 vivendo uma situação inteiramente nova: um governo cuja história se confunde com as lutas sociais das duas últimas décadas. Entretanto, segundo Boito (2003), “[...] o governo que gerara alguma expectativa positiva em parte da esquerda brasileira e internacional, revelou-se uma espécie de ‘terceira via’ da periferia, disseminando a perplexidade, a decepção e a revolta entre trabalhadores e intelectuais”, empunhando, conforme Leher (2003), “[...] uma política econômica em continuidade com a de Cardoso”.

¹²⁸ De acordo com Diniz (2005), a Carta ao Povo Brasileiro, lida por Luís Inácio Lula da Silva, então candidato à presidência da República, representou tanto para os partidos de centro-direita como para os setores conservadores um discurso moderado, contribuindo para transformar os líderes petistas e o próprio Partido dos Trabalhadores num interlocutor mais confiável e, conseqüentemente, reduzir substancialmente o fosso entre esquerda e direita brasileiras.

solenemente, como foi o caso do Plano Diretor da Reforma do Estado” (*MARE/1995*). A *contra-reforma* do Estado foi e é um pré-requisito do Banco Mundial, uma vez que o Plano Real integrava as propostas de planos de estabilização elaborados pelo Consenso de Washington e patrocinados pelos Organismos Internacionais; estes, em troca da renegociação de “dívidas velhas” e da viabilização de novos empréstimos, exigiram a desregulamentação profunda dos mercados locais, para uma livre circulação dos fluxos financeiros de curto prazo¹²⁹.

Em 2003, o Brasil firmou um empréstimo com os organismos internacionais no valor de US\$ 4,5 bilhões; este montante fez parte do acordo celebrado entre o Brasil e o Banco Mundial em 2002, no qual o governo se comprometeu a implantar uma *contra-reforma* que consistia em:

(i) *Política fiscal*, incluindo a consolidação de reformas nas áreas de responsabilidade fiscal, previdência social e área tributária; (ii) *Desenvolvimento humano*, incluindo a consolidação e expansão das recentes conquistas nas áreas de educação, saúde e proteção social; (iii) *Gerenciamento ambiental*, incluindo a melhoria da capacidade de fiscalização das políticas ambientais e adoção de políticas ambientais; (iv) *Setor financeiro*, incluindo a institucionalização da responsabilidade monetária e de salvaguardas para o sistema bancário; e (v) *Arcabouço regulatório* para melhorar o clima para investimentos e possibilitar o crescimento sustentado e as exportações (BRASIL, 2002).

Outrossim, pode-se afirmar que o governo Lula é um governo de continuidade da política neoliberal iniciada ainda no governo Collor e implementada pelo segundo governo de FHC. Conforme Filgueiras (2006), “[...] o Governo Lula deu prosseguimento (radicalizando) a política econômica”, com um adiconante que foi a retomada das reformas neoliberais (*contra-reforma*)¹³⁰ – reforma da previdência dos servidores públicos, sinalizando para a reforma sindical e das leis trabalhistas, além de

[...] alterar a Constituição para facilitar o encaminhamento, posterior, da proposta de independência do Banco Central e dar seqüência a uma nova fase das privatizações, com a aprovação das chamadas Parcerias Público-Privado (PPP), no intuito de

¹²⁹ Cf. BEHRING, 2003.

¹³⁰ Segundo Boito (2003), este governo “[...] tem avançado no mesmo rumo já estabelecido pelos governos Collor e FHC, pelo FMI e pelo Banco Mundial: está tocando adiante a criação da ALCA, manteve a política de juros elevados, aumentou consideravelmente a meta de superávit primário, encaminhou ao Congresso Nacional uma nova reforma neoliberal da previdência e uma reforma tributária que mantém intocado o caráter regressivo do sistema tributário brasileiro”, além da autonomia do Banco Central e de aumentar a presença do capital privado nas áreas de energia, transportes, saúde e educação superior. Vale ressaltar que nos governos anteriores estas políticas foram impedidas de ser concretizadas na íntegra devido às ações reivindicatórias da luta de classe, constituídas pelos movimentos sociais e pelo próprio Partido dos Trabalhadores.

melhorar a infra-estrutura do país – uma vez que a política de superávits primários reduz drasticamente a capacidade de investir do Estado. Por fim, completando o quadro, reforçou as políticas sociais focalizadas (assistencialistas) (FILGUEIRAS, 2006).

Não podemos negar que o governo Lula tem características que o diferenciam de seus antecessores; por seu passado histórico de lutas no seio da classe trabalhadora e sua origem nordestina, conquistou a confiança dos movimentos sociais e da classe média¹³¹. Estes constituem, segundo Boito (2003), as *classes de apoio*¹³² de seu governo, transformando-se assim numa hegemonia regressiva ou instável¹³³, através de sua política populista, a partir da ampliação de benefícios sociais¹³⁴, o que possibilitou uma grande parcela da população sair da linha da miséria e ter acesso a bens e consumo¹³⁵.

Ao tempo que, conforme Boito (2003), mantém cativa a simpatia política difusa dos setores populares pauperizados e desorganizados, através do discurso neoliberal, joga parcelas

¹³¹ A classe média é um segmento social presente no capitalismo moderno e vem se constituindo no Brasil desde o governo Vargas (1930). De acordo com Quadros (2002), “[...] esse grupo tem se destacado como um segmento social capaz de provocar mudanças nos rumos da política nacional”. Segundo o autor, “[...] pertencem à classe média indivíduos que ocupam cargos intermediários entre as categorias clássicas de divisão de trabalho – proprietários e operariado” e isto inclui “[...] desde o *office boy* de uma empresa aos executivos assalariados”. Boito (op.cit.) adverte que nos últimos anos, especificamente no governo Lula, uma parcela importante deste segmento está se afastando dos serviços públicos, em favor da priorização dos serviços privados, através dos contratos coletivos de trabalho que assegurem planos privados de saúde, como através dos fundos de pensão, na convicção de que melhorarão a sua aposentadoria e desta forma “[...] têm alimentado a expectativa, em grande parte ilusória, de que poderão se salvar sozinhos adaptando alguns dos aspectos básicos do modelo capitalista neoliberal aos seus interesses específicos e dispensando parte dos direitos trabalhistas e sociais, isto é, dispensando a ação regulamentadora do Estado.”

¹³² *Classe apoio* é uma noção criada por Nicos Poulantzas no seu livro *Pouvoir politique et classes sociales*. Paris, François Maspero, 1968. O autor cria a noção de classe apoio para designar uma classe ou uma fração das classes trabalhadoras que apóia um determinado bloco no poder sem que a política desse bloco atenda a seus interesses econômicos e sociais. Tal apoio tem motivação fundamentalmente ideológica. Poulantzas afirma que a classe apoio é atraída por uma determinada forma de Estado – o exemplo que ele dá é o caso da ideologia bonapartista de culto ao Império, presente no campesinato francês, que converteu o campesinato em classe apoio do Segundo Império (1852-1870). Boito em seu artigo *A Hegemonia Neoliberal no Governo Lula*. Revista Crítica Marxista, nº 17, Rio de Janeiro, 2003, utiliza o mesmo termo classe apoio num sentido mais livre, realçando apenas a predominância da ideologia sobre os interesses econômicos. Segundo o autor, esta aplicação foi sugerida nas discussões ocorridas durante o desenvolvimento do projeto integrado de pesquisa *Neoliberalismo e trabalhadores no Brasil*, do Cemarx da Unicamp.

¹³³ Segundo Boito (op. cit.), contrário ao pensamento de Gramsci, no qual a “[...] hegemonia é apresentada como adesão positiva e ativa das classes subalternas aos valores e idéias da classe dominante, adesão motivada por ganhos materiais reais obtidos pelos trabalhadores”. Na hegemonia neoliberal não existe “[...] ganhos efetivos para as classes populares e a adesão ao neoliberalismo pode se apresentar, não só como adesão positiva e ativa, mas também, dependendo do setor popular considerado, como adesão negativa, como ilusão ideológica ou como neutralização política. Desse modo, torna-se possível, [...] pensar uma hegemonia regressiva, instável, cujas relações diferenciadas com distintos setores populares convergem, apesar de sua heterogeneidade, para algum tipo de sustentação política do neoliberalismo no meio popular”.

¹³⁴ Bolsa família, cartão cidadão, entre outros, são políticas sociais compensatórias e focalizadas caracterizadas como benefícios, ou benesses do Estado, e não como direitos sociais.

¹³⁵ A esse respeito recomendamos a leitura de COGGIOLA, O. **Fome, Pobreza, e Programas Sociais Localizados**. Texto sem data de publicação. Disponível em <<http://www.insrolux.org/textos07/programasocialcoggiola.pdf>> Acesso em 10 de agosto de 2008.

dos trabalhadores contra outras, ou seja, há uma insatisfação popular que cegamente tem responsabilizado a intervenção estatal (ineficiente e ineficaz) e o funcionalismo público¹³⁶ (privilegiados por excelência) pelas desigualdades sociais brasileiras. Com isso, o governo tem convertido a revolta popular em apoio difuso a proposta neoliberal de implantação do Estado mínimo.

Desta forma este governo conseguiu organizar a hegemonia no conjunto da grande burguesia brasileira e do capital imperialista, pois manteve a política Mini/Max do Estado¹³⁷, com cortes de direitos, redução de serviços públicos e ajustes fiscais que viabilizam a remuneração do capital financeiro, abrindo inclusive novas áreas para acumulação capitalista através das parcerias público e privado, priorizando assim os interesses da fração bancária da grande burguesia brasileira e do capital financeiro internacional¹³⁸. O que o caracteriza como um governo da Terceira Via, pois, como afirma Antunes (2004), “[...] o projeto da *‘Terceira Via’* é essencialmente um ideário que se assume como de “esquerda”, mas que pratica o que a direita gosta”. Ou, seja, “[...] é o que restou da social-democracia na fase mais destrutiva do capitalismo, que tenta consertar alguns dos estragos do neoliberalismo, preservando sua engenharia econômica básica” (grifo do autor). Para Tony Blair:

A Terceira Via é a rota para a renovação e o êxito para a moderna social-democracia. Não se trata simplesmente de um compromisso entre a esquerda e a direita. Trata-se de recuperar os valores essenciais do centro e da centro-esquerda e aplicá-los a um mundo de mudanças sociais e econômicas fundamentais, e de fazê-las livres de ideologias antiquadas. [...] Na economia, nossa abordagem não elege nem o *‘laissez-faire’* nem a interferência estatal. O papel do governo é promover a estabilidade macroeconômica, desenvolver políticas impositivas e de bem-estar, [...] equipar as pessoas para o trabalho melhorando a educação e a infra-estrutura, e promover a atividade empresarial, particularmente as indústrias do futuro, baseadas no conhecimento. Nos orgulhamos de contar com o apoio tanto dos empresários, como dos sindicatos (Clarín, Buenos Aires, 21 de setembro de 1998, p. 15. Apud ANTUNES, 2004).

Assim a política neoliberal implantada no Brasil prevê que para a liberalização comercial são necessárias políticas de privatização, desregulação, focalização das políticas sociais, nas quais os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; a

¹³⁶ Verifica-se uma espécie de revolta das classes subalternas desorganizadas contra o funcionalismo público. Elas têm sido utilizadas pelos governos neoliberais como “boi de piranha” para implantação das políticas neoliberais. Foi assim no governo Collor com a política de combate aos *marajás*, durante todo o governo FHC, que manteve o discurso ideológico contra os *privilegiados*, e no Governo Lula verifica-se a manutenção do mesmo discurso, pois não podemos esquecer como, por exemplo, este governo conseguiu fazer o que FHC não foi capaz: a reforma previdenciária.

¹³⁷ Cf. SADER, 2005.

¹³⁸ Cf. BOITO, 2003.

descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas¹³⁹; o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos (dos setores produtivos) para o setor privado, dentre eles a educação e a saúde.

Baseada em Correia (2005), pode-se afirmar que a sociedade civil organizada não é homogênea, portanto não está isenta de contradições, bem como o Estado não pode ser considerado neutro em face dos problemas sociais. A luta da classe trabalhadora por uma nova hegemonia não deve se constituir apenas na ampliação da democracia na sociedade burguesa, mas, sobretudo, na perspectiva de emancipação humana. Pois, conforme Mészáros (2007), “[...] temos de nos preocupar com um horizonte muito mais extenso do que o habitual para que sejamos capazes de conceituar com realismo uma ‘*transição*’ a uma ordem social diferente das determinações do presente” (grifo do autor). Neste sentido, “[...] a perspectiva de longo prazo é necessária porque o alvo real da transformação só pode estabelecer-se no interior deste horizonte” (op. cit., p. 182).

Da mesma forma, temos de ter “[...] o entendimento das determinações objetivas e subjetivas do ‘aqui e agora’”. De acordo com Mészáros (op.cit.) “a tarefa de instituir as mudanças necessárias se define já no presente, no sentido de que, a menos que sua realização tenha início no ‘aqui e agora’ imediato”, mesmo porque, “[...] por enquanto, de modo modesto – com plena consciência das restrições existentes, bem como das dificuldades para se sustentar a jornada no seu horizonte mais remoto – não chegaremos a lugar nenhum”¹⁴⁰.

Na próxima seção, abordaremos o beneficiamento do setor privado pelo setor público: os interesses do capital na atenção oncológica. Para isso realizamos um sumário recorte historiográfico da relação do setor público e privado na política de saúde e na política de atenção oncológica brasileira, enfocando, sobretudo, a interferência das agências internacionais: Organização Mundial da Saúde (OMS) – e sua oficina regional, a Organização Panamericana da Saúde (OPS) – e o Banco Mundial (BM).

¹³⁹ Cf. CORREIA, 2005, p.90.

¹⁴⁰ Cf. MÉSZÁROS, 2007.

2 O BENEFICIAMENTO DO SETOR PRIVADO PELO SETOR PÚBLICO: OS INTERESSES DO CAPITAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Como vimos na seção anterior, o Estado brasileiro, desde a sua implementação, tem a relação público e privado enraizada em seu contexto histórico, tanto no campo econômico, político, como no social. O imbricamento público e privado no Estado está vinculado a sua relação de dependência com os países capitalistas hegemônicos, ou imperialistas, que por sua vez têm no conjunto dos países periféricos (como o Brasil) a solução de excedente acumulado do capital.

Para entendermos quais os interesses do capital na atenção oncológica e as entrelinhas de como o setor privado tem se beneficiado do setor público, é necessário o resgate histórico da política de saúde brasileira, descortinando as possibilidades, limites, paradoxos e contradições que têm presidido a sua consolidação, de modo particular, a relação entre Estado e Mercado. Pois, como vimos, o *mix* público/privado tem sua raiz muito antes da construção do Sistema Único de Saúde, e portanto não é uma questão nova na área da saúde.

Nesta seção explicitaremos que políticas sociais, dentre elas a de saúde, são resultantes de interesses antagônicos, que tanto correspondem às exigências políticas e sociais da classe trabalhadora organizada, como às exigências funcionais de um modo de produção econômico: capitalista, ou seja, sua gênese está relacionada aos imperativos do processo de produção capitalista em sua fase monopolista, e desta forma, conforme Aciole (2006), estão assentadas num espaço próprio. Pois a “[...] política tanto produz como é produzida pelo econômico e mesmo este condiciona e é condicionado por aquela”¹⁴¹. A partir desta compreensão entendemos como o binômio público/privado está profundamente entranhado na dimensão política e econômica da formação da sociedade brasileira.

A Saúde constitui-se como um dos setores que, estrategicamente, tem se desenhado em um espaço real de ação e disputa¹⁴², no qual a luta entre os interesses públicos e privados tem sido frequentemente identificada como projetos em disputa por diferentes estratos sociais, pautados nas raízes conceituais e ideológicas de seus significados¹⁴³.

¹⁴¹ ACIOLE, 2006, p.28.

¹⁴² Aciole (op. cit., p.22) ressalta que no Brasil existem dois subsistemas de saúde convivendo: um estatal, que se pretende universalizante, gratuito e equânime; e outro privado, que atua interligado de maneira complementar ao sistema público, e outra parcela privada, que atua de modo suplementar.

¹⁴³ Cf. ACIOLE, op. cit.

Nesse sentido, a Saúde, assim como as demais políticas públicas, tem-se constituído como uma política social resultante das relações históricas entre Estado, capital e o trabalho¹⁴⁴, e portanto é imprescindível o reconhecimento de que o processo de saúde-doença está relacionado às práticas médico-sanitárias e estes paradigmas são explicativos dos determinantes sócio-históricos¹⁴⁵.

Partindo desse princípio, tomaremos a relação histórica entre Estado/capital e trabalho para contextualizarmos os modos de pensar e intervir no processo saúde/doença e nas necessidades sociais sob a dinâmica da relação público e privado na saúde, pois, conforme Aciole (2006), as primeiras preocupações com a saúde pública na sociedade moderna são explicadas “[...] pela emergência do Estado capitalista, num processo que apresenta uma unidade dialética na trajetória que vai da preocupação hipocrática com o ambiente até o internacionalismo sanitário do século XX”. A condição de saúde pública, o processo de saúde/doença bem como seu enfrentamento, perpassam (desde a era mercantilista do Estado absolutista até os tempos modernos do Estado Liberal e da emergência do movimento sanitário na Europa) pela relação entre as necessidades humanas e pelos meios de satisfazê-las, sejam estes públicos ou privados.

No Brasil, a história da luta contra o câncer está inserida na própria história da política de saúde, portanto, nesta seção, ao abordarmos a política de saúde apresentaremos os determinantes que envolvem a política de atenção oncológica brasileira e o imbricamento do público e privado na ampliação do acesso e dos serviços nesta política, ao tempo que descortinaremos os interesses dos organismos internacionais e suas formas de intervenção na política de atenção oncológica brasileira. Antes, porém, faz-se necessário apresentarmos uma breve explanação sobre o câncer e os determinantes socioeconômicos e políticos que envolvem esta doença.

¹⁴⁴ Destacaremos aqui a categoria trabalho na compreensão marxista. Segundo Lessa (2004), o trabalho é compreendido como a “[...] conversão da natureza nos bens indispensáveis à reprodução da sociedade, inclusive da sociedade capitalista”, uma vez que é o trabalho que produz os bens de produção e de subsistência. Entretanto, sob a regência do capital, ele também é produtor de mais-valia. Esta pode ser mais-valia absoluta, expressa pelo uso do trabalho manual como exemplo aumento da jornada de trabalho. A mais-valia relativa depende da produção da máquina. A mais-valia relativa não anula a mais-valia absoluta, muito pelo contrário, há uma perfeita articulação entre ambas. O intercâmbio orgânico com a natureza é enfatizado por Lessa (2000) como trabalho abstrato; segundo ele, o trabalho abstrato é a categoria fundante do mundo dos homens e “[...] inclui toda e qualquer atividade que produza mais-valia, seja ela ou não uma posição teleológica primária”. Ainda sobre a relação capital-trabalho e as políticas sociais, consultar: DONNANGELO, 1976; FLEURY, 1994; 1997; MERHY, 1992; SCHRAIBER, 1993; ACIOLE, op. cit.

¹⁴⁵ Cf. DONNANGELO, op. cit.; 1994; ACIOLE, op. cit.

2.1 CÂNCER: DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS E POLÍTICOS

O câncer é definido como um grupo de doenças crônicas que se caracteriza pelo crescimento tissular patológico, originado por uma proliferação contínua de células anormais com capacidade de expansão local e por seu potencial de emersão e destruição dos tecidos adjacentes ou a distância. É causado por diferentes agentes: físicos, químicos, orgânicos, genéticos, ou ainda relacionados ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural¹⁴⁶. Os cânceres de pulmão, boca, laringe e bexiga, por exemplo, estão diretamente relacionados com o uso do cigarro¹⁴⁷, por conter substâncias cancerígenas. Nas mulheres o câncer de mama e da área genital são os tipos mais comuns, enquanto nos homens é o câncer de próstata, que pode ocorrer, sobretudo, acima dos 50 anos. Entre as crianças, o câncer mais comum é a leucemia¹⁴⁸. Todos esses tipos de câncer, se detectados precocemente e tratados adequadamente, podem ser curados, perdendo assim o estigma de doença terminal.

Observa-se que nos países em desenvolvimento são diagnosticados cerca de cinco milhões e meio de novos casos anuais de câncer, de acordo com Guerra & Gallo (2005). Esses números alarmantes estão relacionados ao processo de expansão e fortalecimento do capitalismo, efetivado com o desenvolvimento da indústria e das cidades, desencadeando dois fatores: o primeiro refere-se à redefinição de padrões de vida com “uniformização” das condições de trabalho (saída do campo para a cidade), nutrição e consumo, a utilização de agrotóxicos na agricultura, a poluição provocada pelos gases na atmosfera, o estresse, as mudanças alimentares etc. O segundo está diretamente relacionado ao aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade, o que proporcionou uma significativa alteração na demografia mundial.

¹⁴⁶ BRASIL, 2004b.

¹⁴⁷ Segundo Pinto (2008), “[...] o tabagismo é responsável por 200 mil mortes por ano no Brasil, em média, 23 por hora. Doença que afeta 16% dos brasileiros, o fumo está associado a 25% das doenças vasculares, incluindo derrame cerebral, e a 25% das mortes causadas por angina e infarto do miocárdio. Causa também 90% dos casos de câncer de pulmão e responde por 30% das mortes decorrentes de câncer de laringe, faringe, boca, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo do útero”. Em suas pesquisas a autora afirma que anualmente são gastos cerca de R\$ 338,6 milhões pelos cofres públicos com doenças provocadas pelo tabagismo na rede pública de saúde brasileira.

¹⁴⁸ A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos), de origem, na maioria das vezes, não conhecida; em outras palavras, as leucemias são cânceres das células do sangue. De acordo com Dobbin, a principal característica desta doença “[...] é o acúmulo de células jovens (blásticas) anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais”. A medula é o local de formação das células sanguíneas, e nelas são encontradas as células precursoras, que originam os elementos figurados do sangue: glóbulos brancos, glóbulos vermelhos (hemácias ou eritrócitos) e plaquetas. Os principais sintomas da leucemia decorrem do acúmulo dessas células na medula óssea, prejudicando ou impedindo a produção dos glóbulos vermelhos, dos glóbulos brancos e das plaquetas. DOBBIN, J. Leucemia Aguda. Texto sem data de publicação, disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=344> Acesso em 25 de setembro de 2008.

Conseqüentemente a esta reorganização global, verifica-se uma grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo, conhecida como transição epidemiológica, caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade, com a diminuição da taxa de doenças infecciosas e o aumento concomitante de doenças crônico-degenerativas¹⁴⁹, especialmente as doenças cardiovasculares e as neoplasias¹⁵⁰.

Nos países da América Latina, é possível observar um aumento na ocorrência de doenças crônico-degenerativas como o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doença de Alzheimer, e a permanência de um elevado índice de doenças infecciosas e de doenças transmissíveis por vetor biológico, como a malária e a dengue, além da presença de outros agravos relacionados aos fatores nutricionais como o envelhecimento, a obesidade e a desnutrição¹⁵¹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o número de novos casos de câncer aumentará de 10 milhões para 15 milhões em 20 anos, e 60% ocorrerão nos países em desenvolvimento. Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA, as estimativas para o ano 2008 são de 466.730 casos novos de câncer no Brasil, mantendo-se no *ranking* em segundo lugar em causas de mortes no país, com mais de 130 mil óbitos anuais, o que corresponde a 13% do total das causas de mortes, perdendo apenas para as mortes causadas pelas doenças cardiovasculares. Estes números são mais alarmantes quando comparados com a AIDS, pois trata-se de um universo de pacientes maior do que o total de brasileiros infectados pelo vírus HIV nos últimos 24 anos¹⁵².

Com o advento de novos conhecimentos da etiopatogenia relacionados à genética e estudos imunohistoquímicos, surgiram novas drogas, com esquemas terapêuticos muitas vezes individualizados, de alto custo. Esses fatores tornaram o tratamento de câncer bastante oneroso aos cofres públicos. Conforme Santini (2007), nos últimos seis anos o governo federal aumentou os gastos com assistência oncológica em cerca de “[...] 121%, passando de R\$ 570 milhões para mais de R\$ 1,20 bilhão”. Atrelado a isso, destaca-se que a falta de prevenção e/ou falta de detecção precoce e seguimento adequado, bem como a falta de controle da doença demandam uma assistência médico-hospitalar de custo sempre crescente, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Com o aumento e o

¹⁴⁹ A nomenclatura *câncer* – associada à morbidez – foi transformada na terminologia menos comprometida: “doenças crônico-degenerativas”.

¹⁵⁰ Cf. GUERRA & GALLO, 2005.

¹⁵¹ Op. cit.

¹⁵² Cf. D’ANGELO, 2007.

envelhecimento da população, estima-se que os casos de câncer nos próximos anos se ampliarão, e surgirão drogas específicas para cada tipo histopatológico de câncer e tratamento. Segundo o autor, calcula-se que no Brasil os tratamentos à base de quimioterápicos realizados pelo SUS chegaram a 450% nos últimos anos; em números isto representa um salto de R\$ 18 milhões para R\$ 82 milhões¹⁵³.

A historiografia do combate ao câncer revela-nos que na Europa e nos EUA é desde a virada do século XIX para o século XX, período marcado pelo alto índice de mortalidade ocasionada principalmente por três doenças: a tuberculose, a sífilis e o câncer¹⁵⁴, todas já conhecidas, que a partir de então passam a ser compreendidas como calamidades sociais. Logo após a Primeira Guerra Mundial começaram a surgir medidas de atenção médica e social visando o controle dessas doenças nesses países.

Segundo Sanglard (2005), a luta contra o câncer até então não tinha “[...] equivalentes na história, pois pela primeira vez se elegeria como flagelo uma doença não-controlada pela ação da higiene, sendo a cirurgia e a radioterapia as únicas ações profiláticas sobre ela”. Neste aspecto, a luta contra o câncer apresentava dois aspectos principais: “[...] de um lado, a terapêutica do câncer adequava-se cada vez menos às práticas individualizantes da medicina de então; de outro, a necessidade do diagnóstico precoce forçava uma maior interação entre médico e o paciente. A partir destes dois eixos, o controle do câncer viria alterar a estrutura hospitalar existente desde o início do século XIX” (PINELL 1992 p. 11-12, apud SANGLARD, 2005, p. 171).

2.2 A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: RELAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO

A preocupação com a saúde da classe trabalhadora nos Estados mercantilistas dos séculos XVI e XVII, de acordo com Ribeiro (1993), era entendida como determinante na ampliação do comércio e, conseqüentemente, na arrecadação de impostos. Havia o entendimento de que para mantê-los, dependiam da saúde dos que trabalhavam. Não por

¹⁵³ Cf. BRASIL, 2007. Custos do SUS aumentaram mais de 400% nos últimos anos. Disponível em <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1607> Acesso em 13 de agosto de 2008.

¹⁵⁴ Cf. SANGLARD, 2005, p. 154

acaso, as estatísticas de nascimento e de mortalidade, formas incipientes de se medir a força de trabalho, foram adotadas a partir dessa época¹⁵⁵.

Nos fins do século XVIII, em decorrência dos problemas crescentes trazidos pelo crescimento demográfico das cidades, foi adotada na França a internação dos doentes em hospitais¹⁵⁶, como política de higiene pública, em vez de excluí-los, como se fazia na Idade Média. Além da internação hospitalar como política de higiene, Ribeiro (op. cit.) destaca que houve uma realocação dos matadouros e cemitérios; a partir de então, os mortos passaram a ser isolados em caixões e em covas individuais, e com isso os espaços urbanos foram se organizando. Na Europa, seguindo o mesmo princípio, mediante a política liberal, a parca intervenção do Estado capitalista para a preservação da saúde coletiva se deu “[...] por meio de medidas de higienização dos espaços urbanos, saneamento básico e práticas de medicalização, como a vacinação obrigatória, outras de controle das doenças infecto-contagiosas”¹⁵⁷.

O século XIX, entretanto, foi marcado tanto pelo desenvolvimento industrial e pela extensão do modo de produção capitalista, como por condições de miséria e de opressão insustentáveis à classe trabalhadora, com jornadas de trabalho ampliadas e salários reduzidos. Segundo Beaud (1987, p. 144), “[...] com o êxodo rural, ao qual se deve acrescentar um fluxo de artesão arruinado, o crescimento demográfico suscita a formação de uma massa de mão-de-obra¹⁵⁸ miserável e disponível”. Esse período tem, além da fome como a principal doença¹⁵⁹, os fatores fisiológicos ligados ao desgaste físico, a deterioração dos corpos, presente no processo de produção. Havia, portanto, uma inter-relação entre eles, o que, conseqüentemente, favoreceu a ampliação generalizada da pobreza, o aumento de mendigos e marginais, e a introdução de artesãos e proletários urbanos amontoados na miséria e na imundície.

¹⁵⁵ Cf. RIBEIRO, 1993.

¹⁵⁶ De acordo com Ribeiro (op. cit., p. 30), o hospital pode ser identificado como uma máquina responsável pela produção de capital através da reprodução de material, medicamentos e equipamentos médico-hospitalares: “[...] o hospital, seja ele público ou privado, representa a emergência de interesses submersos da produção industrial na Saúde”.

¹⁵⁷ RIBEIRO, op. cit., p. 54.

¹⁵⁸ É o que Karl Marx (1818-1883), em sua obra “O capital”, capítulo XXIII, chamou de exército industrial de reserva.

¹⁵⁹ Conforme Fourier (apud Beaud 1987, p. 145). “Os jornais de Dublin, 1826, dizem: ‘Reina aqui uma epidemia entre o povo: os doentes que são levados aos hospitais saram assim que lhes dão de comer’. Assim, a doença deles é a fome: não é preciso ser feiticeiro para adivinhá-lo, já que eles saram assim que encontram o que comer”.

O mau cheiro produzido pelas doenças e pelos pobres foi fator de distinção entre ricos e pobres, e de introdução das questões de saúde e doença nos debates daquele período, em que a “[...] qualificação do cheiro do rico e do cheiro do pobre foi um dos fatores que permitiram a introdução das questões sociais no debate sobre saúde e doença”¹⁶⁰. Esses fatores fizeram surgir no seio da burguesia um novo conceito de saúde, através dos preceitos de uma medicina social (higienistas)¹⁶¹, controladora do meio ambiente prejudicial, terapeuta das condições de vida.

Portanto, de acordo com Berlinguer (1999), somente no século XIX, com a consolidação do mercado como fator de progresso na economia, foram adotados os três pressupostos de uma ação eficaz contra as doenças: o conhecimento das causas dessas doenças; a determinação de remédios preventivos e terapêuticos; a vontade de combatê-las no plano internacional. Estruturando-se assim a medicina preventiva, esta se diferenciou das condutas higienistas por seu enfoque voltado à prevenção de doenças mediante as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, no qual as condições determinantes das doenças a serem estudadas constituíam o espaço das atribuições médicas¹⁶².

No Brasil, como já abordamos anteriormente, o Estado nasceu sob a égide da ambigüidade “[...] entre um liberalismo formal, como fundamento, e o patrimonialismo, como prática, no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes”¹⁶³. Conseqüentemente, o desenvolvimento da política social se deu mediante estas “[...] fricções e dissonâncias e a dinâmica própria da conformação do Estado”¹⁶⁴, ou seja, a origem das políticas sociais brasileiras esteve vinculada à aristocracia agrária, ao lado do surgimento de novos agentes econômicos (elite econômica e política), sob a pressão da divisão do trabalho, na direção da construção de uma nova sociedade nacional.

As transformações político-sociais que ocorreram nesta época trouxeram consigo, além da crise do modelo agrário-exportador e liberal que predominava como modelo de desenvolvimento econômico e social, o surgimento de novas demandas decorridas dessas transformações sociais, econômicas e políticas que fomentaram significativas e inquietantes mudanças para o setor de serviços, entre os quais a questão da saúde, individual e coletiva,

¹⁶⁰ Cf. SEVALHO, 1993.

¹⁶¹ O termo *higienistas* foi definido por Costa (2004, p. 36) como “[...] profissionais da medicina que funcionaram como teóricos ou executores da política de higienização das cidades, da população e da família”. Para Arouca (2003), o problema de tal modelo reside na mitificação do social pela deformação do conceito, alienando-o e despolitizando-o.

¹⁶² Cf. ACIOLE, 2006.

¹⁶³ FERNANDES, 1987

¹⁶⁴ FERNANDES, (op.cit.).

aparecera como elemento inquestionável¹⁶⁵, sobretudo no que dizia respeito à adoção de políticas de saneamento nos espaços de circulação de mercadorias e à erradicação ou controle das doenças, principalmente nos portos, a fim de não prejudicar a exportação.

Assim, a atenção à saúde, principalmente no que dizia respeito às epidemias nas cidades, nas regiões portuárias (Santos e Rio de Janeiro), se deu pelo viés do capital, caracterizando a relação público e privado desde então. Durante a Primeira República (1889-1930), foram criadas as duas maiores instituições de pesquisa biomédica e de saúde no Brasil: o Instituto Soroterápico Federal (atual Fundação Oswaldo Cruz) no Rio de Janeiro e o Instituto Butantã em São Paulo, nas quais se formou uma nova geração de médicos que, sob influência européia (França e Alemanha), passou a impingir novas concepções de doenças transmissíveis e novas propostas de ações em saúde pública¹⁶⁶.

Quanto à preocupação com a atenção oncológica, a primeira publicação no âmbito científico e acadêmico é do ano de 1904, quando foi publicado pela primeira vez, no periódico Brasil-Médico, o trabalho intitulado: “Frequência do câncer no Brasil”, assinado por Sodré. Neste artigo, o autor apresentou os resultados de sua pesquisa que decorreu do período de 1894 a 1898, relacionando o clima com uma maior presença do câncer uterino, no extremo sul do país¹⁶⁷.

No final da década de 1910, sob o clamor da intelectualidade a favor de reformas sanitárias, educacionais e políticas, tanto pelo quadro caótico em que se encontrava a saúde (epidemia de gripe), quanto pelo contexto de intensa revisão e debate em favor de compromissos públicos com a “*questão social*”¹⁶⁸, ocorreu a edição, pelo governo federal, do Decreto Lei 14.354 em 1920, que instituiu a criação do Departamento Nacional de Saúde¹⁶⁹ (DNSP), com a finalidade de atingir desde a medicina preventiva e a curativa até a engenharia

¹⁶⁵ Cf. ACIOLE, 2006, p.140.

¹⁶⁶ Cf. LIMA, 2006.

¹⁶⁷ Cf. MIRRA, 2005.

¹⁶⁸ Segundo Aciole (2006, p.124), até 1920 não se verifica uma clara definição de política de saúde, nem de nenhuma política social no cenário social em evolução, exceto no Rio de Janeiro, que, como capital federal, experimentou os efeitos da ação saneadora empreendida pela Liga do Saneamento, que resultou em eventos marcantes, como a Revolta da Vacina e a erradicação da Febre Amarela, na primeira década do século XX. Entretanto, só a partir da década de 1920 é que “[...] vão desencadear significativas modificações na qualidade de vida das camadas populacionais, decorrentes de uma intensa urbanização. Essas transformações são decorrentes, de um lado, da ascensão das oligarquias agroexportadoras dos estados ao poder central e, de outro lado, do surgimento de uma força de trabalho em densidade considerável que forma movimentos sociais operários atuantes”.

¹⁶⁹ Com a criação do DNSP, a Saúde Pública passou a ser tomada como “*questão social*” através de adoção de medidas sanitárias; buscou-se, além da higiene industrial e materno-infantil, a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural. Os movimentos sanitários desse período difundiam a necessidade da “educação sanitária” como uma estratégia para a promoção da saúde, cujo conteúdo dos discursos estava permeado pela ordem liberal (BRAGA & PAULA, 1987 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

sanitária, constituindo-se assim na primeira organização estatal de dimensões nacionais que contava com estrutura hierarquizada e burocratizada.

O DNSP pode ser identificado como o marco fundador do sistema de previdência social brasileiro¹⁷⁰, e o momento jurídico de sua institucionalização ocorre com a promulgação da Lei Elói Chaves¹⁷¹ em 1923, com uma abrangência mais significativa, alcançando parcelas expressivas dos trabalhadores urbanos. Nesse contexto, o Sistema Previdenciário surge mediante a organização coletiva em cada empresa ou fábrica; “[...] por iniciativa dos trabalhadores; voltada para a atenção às necessidades sociais modernas; e em um processo de industrialização e assalariamento, em que se tornam presentes questões como as da assistência a doença e o amparo previdenciário dos operários”. Segundo Elias,

[...] a assistência médica previdenciária emerge no Brasil mercantilizada sob a forma de seguro, no qual a garantia do acesso aos serviços de saúde é feita com pagamento mediante desconto compulsório, ao mesmo tempo que se estrutura um sistema urbano de assistência quando a maioria da população era rural. Da mesma forma, configura-se segmentado e socialmente excludente, isto é, privilegia a população urbana em detrimento da maioria rural (ELIAS, 2004, p. 43).

Este novo cenário político e econômico é caracterizado como o marco da relação público e privado na saúde, tendo em vista o novo papel do Estado, o de agente financiador da assistência médica, e os “[...] desdobramentos posteriores que vão vinculá-la profundamente à saúde”¹⁷².

Os primeiros avanços direcionados à atenção oncológica são de 1920, com a publicação do Decreto nº 14.354, proposto por Carlos Chagas, que introduzia “[...] uma rubrica específica para o câncer nos impressos de óbito distribuídos em inspetorias, delegacias de saúde e farmácias, assim como a notificação compulsória, no intuito da produção de medidas sanitárias eficientes”¹⁷³, incluindo assim a doença na agenda de serviços do DNSP, e posteriormente pela implantação da Fundação Oswaldo Cruz, responsável na época pelo

¹⁷⁰Em 1888 já havia sido instituído o direito à aposentadoria aos empregados dos Correios, e posteriormente, em 1889, foi criado o primeiro Fundo de Pensões voltado ao Pessoal das Oficinas de Imprensa Nacional. Cf. ACIOLE, op. cit.

¹⁷¹ Em janeiro de 1923, a Lei Elói Chaves (Decreto nº 4.682) determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. Esta é considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita, configurando-se como um significativo marco para a classe trabalhadora. Vale ressaltar que nesse mesmo período “[...] o Estado Social já se consolidara na Europa, e após as movimentações operárias do período 1910 a 1920 –, estabelecia os marcos regulatórios para as aposentadorias, pensões e assistência médica, numa espécie de arremedo ao que se passava na Europa desde o século anterior”. Cf. ELIAS, 2004.

¹⁷² ACIOLE, op. cit., p.132

¹⁷³ Cf. BRASIL, 2007(b).

tratamento hospitalar do câncer. Paralelamente, foram surgindo novas tecnologias “[...] no combate às neoplasias, como eletrocirurgia, raios-X e radium, impulsionando as políticas de profilaxia do câncer no Brasil, o que modificaria, ainda que lentamente, o paradigma de ‘incurável’ para ‘recuperável’”¹⁷⁴.

Desde esse momento estava estabelecida a relação público e privado na atenção oncológica, pois, segundo relatos históricos, desde a construção de unidades hospitalares com tratamento radioterápico¹⁷⁵ havia a explicitação desta relação, a exemplo da fundação dos três institutos que visavam ao tratamento do câncer no país: o Instituto Radium de Belo Horizonte (1922), primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país, que contou com o apoio da iniciativa privada em parceria com o governo do estado de Minas Gerais; a Fundação Oswaldo Cruz¹⁷⁶ (1922), no Rio de Janeiro, que tinha entre seus membros diversas personalidades da elite republicana, além de empresários como Guilherme Guinle e alguns médicos¹⁷⁷, e o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho (1929), em São Paulo, construído graças a uma subscrição pública, além da ação filantrópica de importantes famílias da elite paulista. Vale ressaltar que embora as iniciativas das ações contra o câncer tenham sido trazidas por um grupo restrito de médicos ainda na década de 1920, a criação de instituições de ponta para o tratamento da doença sempre esteve pautada pela presença do Estado.

Durante o Congresso Nacional dos Práticos¹⁷⁸ em 1922, deu-se pela primeira vez a definição de câncer como “mal universal”; a doença, então, “[...] começaria a migrar de encargo exclusivo da área médica para um problema de saúde pública”¹⁷⁹.

¹⁷⁴ Cf. BRASIL, 2007(b).

¹⁷⁵ Cf. SANGLARD, 2005, p. 191. Os primeiros relatos da introdução da radioterapia no Brasil, no Pavilhão São Miguel da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, foram feitas por Eduardo Rabello. Este foi inclusive o pioneiro no uso de radiações também no tratamento de tumores cutâneos

¹⁷⁶ Segundo SANGLARD (op. cit.), a Fundação Oswaldo Cruz foi criada em 1922, com o objetivo de homenagear seu patrono, sendo a opção pela construção de um hospital e instituto de pesquisa direcionado ao câncer possivelmente apresentada por seu vice-presidente, Guilherme Guinle; que com isso conseguia realizar seu projeto inicial, o de construir um hospital para venéreos e outro para cancerosos. As despesas das obras e do aparelhamento do hospital seriam arcadas pela família Guinle, entretanto, o terreno para construção foi cedido pelo governo federal, além de “[...] isenção de impostos, emolumentos e direitos de importação para o material de construção, e contribuições municipais, uma parte da distribuição das loterias nacionais e uma parte do imposto alfandegário sobre o quilo do vinho, a título de contribuição de caridade”. Somado a esses recursos, consta na obra de Sanglard (2005, p. 200) que houve grandes donativos por parte das elites da época. Entretanto, tal obra nunca foi concluída para a atenção oncológica como havia sido previamente idealizada, sendo entregue ao governo federal, que em 1948 inaugurou naquele local o Hospital Barata Ribeiro.

¹⁷⁷ Cf. SANGLARD, 2005, p. 190.

¹⁷⁸ De acordo com Pereira Neto (2000) o Congresso Nacional dos Práticos foi realizado na cidade do Rio de Janeiro, então capital da República, entre os dias 30 de setembro e 7 de outubro de 1922. Neste evento a elite médica (os três perfis de identidade profissional: o Generalista, o Especialista e o Higienista) divergiu quanto às estratégias de preservação, de seu prestígio, autoridade e autonomia. Este evento contou com a presença dos representantes dos poderes Executivo e Legislativo, de sociedades científicas, de associações profissionais e de faculdades de medicina.

O Congresso Nacional dos Práticos aconteceu dois anos após a criação do DNPS. Neste evento, os médicos adotaram posições ambíguas: de um lado, saudaram o poder normatizador e regulamentar do Estado, “[...] pela sua capacidade disciplinar sobre os hábitos e costumes”; por outro lado, entretanto, “[...] questionaram a organização de serviços assistenciais e preventivos pelo Estado”, uma vez que com a criação do DNPS, “a ampliação e a difusão da rede de serviços de assistência médica, oferecida pelo Estado, poderiam atrair uma clientela com alto poder aquisitivo, freqüentadora, até então, dos estabelecimentos privados”¹⁸⁰. Conforme Aciole (2006):

Esta ambigüidade significava estabelecer um escopo restritivo sob o qual a ação do Estado pudesse, pela sua eficiência e eficácia, nunca exercer efeito competitivo com a clientela potencial consumidora de assistência individual médica para a obtenção de saúde (op. cit., p. 132).

As relações que foram estabelecidas entre os interesses da Saúde Pública e da Medicina foram marcadas por tensões. Segundo Aciole, “[...] no fundo, esta tensão representa a tensão dialética presente entre público e privado, ou entre Estado e Mercado” (2006, p.106).

A fim de garantir a clientela privada, os médicos defenderam que as pessoas com alto poder aquisitivo não fossem atendidas nas enfermarias gratuitas. Se estes se dirigissem aos estabelecimentos públicos, “[...] deveriam pagar pelos serviços de acordo com uma tabela”¹⁸¹. Os usuários com baixo poder aquisitivo deveriam comprovar seu nível de renda para poderem ser encaminhados a um dos espaços públicos gratuitos. A justificativa para tal segmentação era que se ampliaria o mercado de trabalho para o clínico, uma vez que seriam atendidos apenas segmentos sociais sem condições financeiras de freqüentar um consultório particular.

Deste modo, ficava clara a divisão social e de ação estatal, uma vez que a ação do Estado se daria apenas do lado de fora dos consultórios, onde era permitida e incentivada. Segundo Aciole (2006), “[...] a clientela representada pelo doente pobre criava um mercado de trabalho cativo e permanente representado pelos serviços de assistência pública e, mesmo que potencial marginalmente, também era significativa” (op. cit., p.134).

A organização do setor privado na saúde foi marcada “[...] pelos determinantes macroestruturais das políticas de desenvolvimento socioeconômico do país”, além da forma

¹⁷⁹ Cf. BRASIL, 2007(b).

¹⁸⁰ ACIOLE, 2006, p. 132.

¹⁸¹ Conforme Pereira Neto (2000), a imposição de uma tabela de preços nas instituições públicas se dava pela idéia de que se o usuário tivesse de pagar para ser atendido numa instituição pública, preferiria a clínica particular (privada), onde pagaria igualmente, recebendo, entretanto, tratamento de melhor qualidade.

como os médicos, diante da conjuntura, se inseriram neste processo, “[...] uma vez que o mercado que era constituído essencialmente pela prática liberal da medicina e progressivamente foi adquirindo caráter empresarial, cujo produto principal são os planos de saúde” (HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005).

A partir da década de 1930, com o pacto entre a nova burguesia industrial e a velha oligarquia agrária, houve um redimensionamento do Estado, no qual, conforme Medeiros (2008), foi ressaltado o papel intervencionista e regulador da economia, do Estado, “[...] disponibilizando recursos públicos aos setores exportadores e grupos de interesses e implantando a infra-estrutura à expansão industrial”¹⁸². Assim, em meio à aceleração do ritmo da indústria brasileira e à expansão de investimentos, surgiram novas demandas à ação estatal que, ante as reivindicações da classe trabalhadora, foi obrigada a adotar políticas sociais, principalmente no tocante às questões da assistência e da saúde individual e coletiva.

Dentre as medidas adotadas, está a transformação das Caixas de Aposentadoria e Pensão em Institutos de Aposentadoria e Pensão¹⁸³, e posteriormente, com a criação do Ministério da Educação e Saúde e do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, inicia-se “[...] a dicotomia da política nacional de saúde, sedimentada em duas estruturas de atenção à saúde: a da saúde pública e a de seguro-saúde”¹⁸⁴.

Ressalta-se também a assinatura do Decreto-lei nº 378 pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas, criando o Centro de Cancerologia – aparato hospitalar para tratamento e estudo do câncer – “[...] no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, embrião do Instituto Nacional de Câncer”¹⁸⁵, inaugurado em 1938 pelo próprio Getúlio Vargas e por Mario Kroeff¹⁸⁶.

Em 1941, através da reforma de Barros Barreto, Polignano (2001) destaca que no tocante à atenção aos problemas das doenças degenerativas (câncer) e mentais, foram instituídos os serviços especializados de âmbito nacional, como o Serviço Nacional do Câncer (SNC), além do fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz como referência nacional para estas

¹⁸² HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005, p. 130.

¹⁸³ A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a liberalidade de suas regras alcançou em menos de dez anos a cobertura da totalidade dos setores urbanos, mas deixava de fora o setor rural, os domésticos, os autônomos e os desempregados. Apesar do seu avanço, a cobertura da população economicamente ativa não passava dos 23% entre as décadas de 1950 e 1960 (FLEURY, 1994 apud ACIOLE, 2006, p. 143).

¹⁸⁴ DRAIBE, 1992, p. 20.

¹⁸⁵ Cf. BARRETO, 2005, p. 268.

¹⁸⁶ Médico sanitário, considerado idealizador, fundador e 1º Diretor do Serviço Nacional de Câncer (1938 - 1954). Cf. BRASIL, 2008. Prof. Mário Kroeff. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=237>. Acesso em 29 de julho de 2008.

doenças; destacam-se ainda nesse período a descentralização das atividades normativas e executivas por oito regiões sanitárias; os programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; a instituição dos órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; e a criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes, como: malária, febre amarela e peste.

O SNC foi destinado a organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país. Este projeto ganhou caráter nacional, como previa o Decreto-Lei nº 3.643. “Ao SNC caberia a coordenação das ações em estados e municípios, além do incentivo à criação de organizações privadas que se estenderiam, com o passar dos anos, a todo o território, constituindo uma rede, ainda que não se adotasse este conceito”¹⁸⁷.

Vale ressaltar que, paralelamente às iniciativas governamentais de combate ao câncer, estas ainda incipientes, expandiam-se por todo o território brasileiro as fundações hospitalares, voltadas aos “cancerosos”, mediante a iniciativa privada de cunho filantrópico, a exemplo da Liga Bahiana contra o Câncer (1936) e da Associação Paulista de Combate ao Câncer (1943), além de Fundações como a Martinelli e a Laureano, “[...] que atuavam nas campanhas contra o câncer, por meio de conferências, exposições e arrecadação de fundos”¹⁸⁸.

Com a nova definição de saúde como o “[...] completo bem-estar físico, social e mental” adotada em 1948, conforme proposta da então recém-fundada Organização Mundial de Saúde (OMS), o SNC “[...] passaria a usar a informação como estratégia da prevenção, para obtenção do diagnóstico precoce da doença”. Esta mudança de foco, iniciada a partir de 1951, possibilitou que as políticas de combate ao câncer “[...] ganhassem visibilidade entre a população”, e conseqüentemente, “[...] entre os legisladores, o que garantiria o suporte orçamentário adequado para a expansão da campanha anticâncer no Brasil e a conclusão do hospital-instituto central (INCA), sede do SNC, no Rio de Janeiro”¹⁸⁹.

Em face da política desenvolvimentista, adotada nos anos de 1950, pelo então presidente Juscelino Kubitschek, verifica-se a “[...] modernização dos cuidados médico-sanitários e o uso de medicamentos e equipamentos hospitalares em toda área da saúde”. Conseqüentemente, “[...] o crescimento da indústria químico-farmacêutica e modificações de grande relevância na política de saúde, em especial as do câncer, em conseqüência da

¹⁸⁷ Cf. Decreto-Lei nº 3.643.

¹⁸⁸ Cf. BRASIL, 2002.

¹⁸⁹ Cf. BRASIL, 2007(b). Inaugurado em agosto de 1957 por Juscelino Kubitschek e Ugo Pinheiro Guimarães.

complexidade do seu diagnóstico e tratamento”¹⁹⁰. Vale ressaltar que as medidas adotadas por este governo tiveram direta influência americana. Na área da saúde, essa influência foi refletida “[...] na estruturação de um modelo semelhante aos padrões americanos”, visível pela construção de grandes hospitais e pela aquisição de equipamentos médico-hospitalares, relegando a segundo plano a atenção básica.

Em 1954, a União Internacional de Controle do Câncer (UICC) promoveu no Brasil o 6º Congresso Internacional de Câncer, em São Paulo. “Como resoluções seriam adotados pela OMS o conceito de controle – consistindo em meios práticos aplicados às coletividades capazes de influenciar a mortalidade por câncer – e uma nomenclatura de neoplasmas para uso internacional, mais tarde aprimorada para Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O)”¹⁹¹.

Os anos de 1945 a 1964 foram pautados pela ação do Estado sobre a saúde, por uma concepção de Cidadania Regulada na qual a garantia de condições de higiene e saúde do trabalhador urbano estava condicionada ao mercado formal de trabalho, através de desconto compulsório na folha de salário, sem a participação de recursos fiscais do Estado. Só no início dos anos 1960, mediante grande pressão por parte dos trabalhadores e do empresariado, é que se verifica uma incipiente descentralização do sistema de saúde, com a criação das secretarias estaduais e municipais. Segundo Nogueira (2002), esta ação foi voltada à “[...] população excluída do sistema securitário, que crescia rapidamente devido ao êxodo rural verificado no período”.

Vale ressaltar que o Sistema Previdenciário, mesmo após essas medidas, permanecera como agente direto dos interesses privados, pois se mantivera como comprador direto dos serviços de assistência hospitalar, segundo Aciole (2006), modificando apenas o modelo de gestão e a forma administrativa dos negócios, ou seja, o Estado manteve o vínculo com a estrutura privada hospitalar através da “[...] compra de serviços de terceiros, em vez de investir em serviços próprios” (op. cit., p.144).

A Saúde Pública neste período esteve marcada, segundo Aciole, “[...] pelos interesses das políticas de industrialização, dependentes do capital americano, e acentuados pela questão da segunda grande guerra, em que a posição estratégica do Brasil o coloca como aliado incondicional dos EUA” (op. cit., p.145). Outro fator bastante relevante neste período é que, mediante as novas disputas entre diferentes projetos de organização de serviços de

¹⁹⁰ BARRETO, 2005, p. 269.

¹⁹¹ Cf. BRASIL, 2007(b).

atenção à saúde pública, o Estado foi se colocando, e sendo colocado, “[...] como o principal protagonista e responsável” pela saúde pública brasileira, e se estruturando na construção de serviços de assistência¹⁹².

Entretanto, com o regime militar, a partir de 1964 o caráter nacional e estatal do modelo hegemônico foi selado, predominando a imposição sob a forma da ditadura e da “[...] construção de equipes de governo compostas pela alta oficialidade das forças armadas e por quadros ideológicos e econômicos – centralmente juristas e economistas oriundos do meio acadêmico conservador”, ou seja, houve uma verdadeira ruptura com qualquer forma de descentralização da ação política e da ordem democrática. Sob intensas ameaças, trabalhadores, estudantes e sujeitos políticos ligados ao movimento sindical e acadêmico foram silenciados violentamente mediante o cerceamento à liberdade individual.

Na economia, segundo Nogueira (2002), “[...] o governo refez o pacto entre a elite dirigente, dando um novo direcionamento nos investimentos, criando fundos específicos para financiar as políticas setoriais e afastando os trabalhadores do controle de seus organismos previdenciários”. Neste contexto, Sader afirma que com a substituição do nacional-estatista para o estatista-militar, houve um enfraquecimento da esfera pública em detrimento do fortalecimento do privado, por meio da mercantilização do Estado – “[...] de financiamento à acumulação privada, do grande capital privado nacional e internacional”¹⁹³.

Conforme Aureliano & Draibe (1989 apud STOTZ, 2003), a intervenção social do Estado brasileiro neste período foi caracterizada por um desenvolvimento econômica *conservador e socialmente excludente*, ou seja, a partir de 1964 as ações sociais do Estado passam a ser política e financeiramente centralizadas no nível federal, com “[...] uma intensa fragmentação institucional; exclusão da participação social e política da população nos processos de decisão; princípio do autofinanciamento do investimento social; e princípio da privatização”.

A partir de 1965, mediante as iniciativas do SNC e do INCA visando a uma política unificada no combate e tratamento do câncer no país, deu-se início ao “[...] planejamento de reuniões anuais com representantes das organizações vinculadas à campanha anticâncer” em todo o Brasil, o que culminou com a institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer – CNCC, através do Decreto nº 61.968, de dezembro de 1967.

¹⁹² ACIOLE, op. cit., p. 147.

¹⁹³ Cf. SADER, 2005, p. 50.

Em 1966, a partir da normatização do papel do Estado nas relações sociais e de trabalho, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (1966) Se por um lado, isso proporcionava a cobertura direta e gratuita da assistência à saúde, por outro, conforme Ribeiro (1993), foi configurado pela parceria público e privado na saúde, mediante a execução de políticas voltadas para o setor privado da saúde, através da participação do mercado de consumo das indústrias que direta ou indiretamente atuavam nas atividades econômicas mais dinâmicas deste setor, como as indústrias de medicamentos, equipamentos e material médico-hospitalar e a construção civil.

A configuração público/privado na saúde como expressão da sua mercantilização tem sua expressão maior na criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS (pós-golpe militar de 1964), que por meio da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde se constituirá em potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor (COHN, 1980 apud ELIAS, 2004, p. 44).

Nos EUA, a indústria tecnológica¹⁹⁴ expandiu-se para o setor da saúde, conforme Freitas (2005), em 1970, através de uma articulação entre os interesses do setor estatal de defesa dos EUA e da indústria de armamentos; esta última “[...] forneceu um modelo de penetração industrial para o sistema de saúde e popularizou o termo ‘complexo médico-industrial’”¹⁹⁵. Com isso, a partir de 1980 identifica-se o avanço do grande capital para o interior dos serviços de saúde, configurando um novo complexo médico-industrial.

Como já abordamos anteriormente, as duas últimas revoluções tecnológicas (introdução da energia elétrica, da eletrônica, da automação, da robótica, e da energia nuclear) foram às principais responsáveis, não apenas por mudanças nos processos de produção de bens, mas, sobretudo, pela criação de novos bens e serviços de consumo, e até mesmo de novos ramos de produção, como os setores da educação e da saúde. Essa revolução no plano da estrutura industrial tem promovido, conforme Guimarães (2004), um grande “[...] movimento de concentração de capital e de tecnologia que resulta em imensos conglomerados multinacionais que competem/repartem o mercado mundial de medicamentos e também de vacinas”.

¹⁹⁴ Segundo Aciole, a partir de 1950 o custo da assistência médica experimenta rápida e progressiva elevação, especialmente em decorrência da incorporação tecnológica trazida pelos avanços produzidos no campo científico e tecnológico desde a Segunda Guerra Mundial (ACIOLE, 2006, p.154).

¹⁹⁵ COHN, 1980 apud ELIAS, 2004, p. 3.

No Brasil, o conceito de Complexo Médico-Industrial (CMI), de origem americana, criado em 1970, expandiu-se a partir de 1980. Este conceito passou a ser concebido por envolver as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico. Conforme Vianna (2002), o CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde que foi se desenvolvendo e graças à “[...] necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema” (Vianna, 1993 apud VIANNA, op. cit., p. 376).

Vianna (2002) parte da hipótese de que o sistema de saúde tem hoje dois pólos de atração fundamentais que moldam o comportamento de seus agentes. Um é a tecnologia; esta “[...] constituiu-se o que se denomina complexo médico-industrial”, e o outro é o aspecto financeiro da valorização do capital, caracterizado pelo “[...] aparecimento de um complexo médico-financeiro”¹⁹⁶.

As mudanças sociais, econômicas e setoriais ocorridas no Brasil e no mundo foram fatores que caracterizaram os mais diversos setores produtivos, principalmente o setor da saúde. O complexo médico-industrial é resultado do próprio processo de desenvolvimento capitalista e do processo de desenvolvimento histórico do sistema de saúde, sendo, conforme Vianna (op. cit.), “[...] um de seus estágios particulares de evolução” que se constituiu,

[...] ao longo do tempo, como uma resposta à função que, de um lado, a medicina tem no mundo moderno e, de outro, ao papel que a tecnologia assume na forma como se estabelecem as relações de produção e as trocas entre os componentes do setor, em particular após o advento da revolução tecnológica ocorrida nas indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, após a II Guerra Mundial (VIANNA, 1995 apud VIANNA, 2002, p. 379).

De acordo com Vianna (op. cit.), a dinâmica e a evolução dos sistemas de saúde dependem de duas racionalidades, uma interna, “[...] definida pela existência de um padrão de acumulação de capital, a partir de duas lógicas distintas – uma pública e outra privada”; e outra, externa, que “[...] compreende o conjunto das demandas sobre o sistema de saúde que influenciam o *modus operandi* do sistema e de seus agentes”¹⁹⁷.

¹⁹⁶ VIANNA, 2002, p. 376.

¹⁹⁷ VIANNA, op. cit., p. 378.

Associado ao crescimento do processo industrial, “[...] a partir da década de 1960, um novo fator vai mudar a prática médica e a estrutura do setor prestador de serviços médicos – o aparecimento de um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos”. Conseqüentemente, houve uma grande inflexão na velocidade e na taxa de renovação de produtos, além da necessidade “[...] de se criar novas especialidades e especialistas, que pudessem utilizar os novos equipamentos e atender à demanda dos usuários de forma eficiente”¹⁹⁸.

Os avanços do capitalismo monopolista na indústria e o padrão de acumulação de capital foram, conforme Vianna (2002), condicionados “[...] pelos avanços tecnológicos que ocorriam nos setores farmacêuticos e de equipamentos médicos”. O que ocasionou ao setor privado a abertura de enormes oportunidades, pela criação de “[...] várias trajetórias tecnológicas, que podiam ser exploradas com elevado grau de cumulatividade e apropriabilidade. Os retornos eram tão substanciais que a indústria farmacêutica passou a ter uma das mais altas taxas de lucratividade da economia” (VIANNA, 2002, p. 379).

Rapidamente o setor prestador de serviços médicos adaptou-se a esta realidade, e com ela novas práticas e especialidades foram surgindo. De acordo com Vianna (op. cit.), “[...] uma ‘boa medicina’ já não mais podia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração e da solicitação de uma grande quantidade de exames complementares” (op. cit, p. 379). Os principais insumos industriais destinados à saúde – medicamentos, vacinas, soros, hemoderivados, *kits* diagnósticos e equipamentos, cada um desses insumos apresentam características industriais e mercadológicas particulares. Conforme Guimarães (2004), o que todos eles têm em comum é “[...] o fato de serem segmentos industriais de grande dinamismo e lucratividade em termos mundiais”. Assim, a saúde tornou-se em pouco tempo “[...] uma mercadoria para ser vendida e comprada, normalmente a um custo elevado”¹⁹⁹. Pois

[...] o processo de industrialização não pode mais ser compreendido apenas a partir da concentração da indústria, nem mediante uma explicação sobre os mecanismos de racionalização do trabalho, mas sim como resultado de uma sociedade organizada para a produção científica e técnica. Na medida em que se insere no interior de cada sociedade, essa racionalidade aparece ao mesmo tempo como fonte de dominação e realização do homem e do Estado (Guimarães e Vianna, 1994, p. 119 apud VIANNA, 2002, p. 379).

¹⁹⁸ VIANNA, 1995b apud VIANNA, 2002, p. 379.

¹⁹⁹ VIANNA, op. cit.

Nesse sentido, Ribeiro (1993) afirma que “[...] o crescimento das indústrias de tecnologia e farmacológica na saúde não é determinado pela necessidade da população e sim pelo mercado”. Conforme o autor, a indústria e o comércio de tecnologia de "ponta" têm exercido papel cada vez mais relevante nas políticas e práticas de Saúde. Entretanto, se por um lado “[...] essas tecnologias se constituem em avanços concretos para tornar mais precisos, rápidos e seguros e, por pressuposto, menos invasivos os métodos propedêuticos e terapêuticos”, principalmente na atenção oncológica, “por outro, as pressões no sentido de banalizar sua aquisição e uso são exorbitantes e obedecem, *a priori*, à lógica do consumo e lucro fácil”.

Segundo Cohn (1995 apud ELIAS, 2004), nesse cenário o Estado reservou-se a “[...] função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliação da capacidade instalada”, revelando-se assim a “[...] organicidade da relação Estado/saúde em prol dos interesses dos produtores privados.” Pois os convênios e contratos estabelecidos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país eram pagos pelo governo, em forma de pró-labore, o que, segundo Polignano (2001), “[...] propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial”.

Assim, nos fins dos anos de 1960, em meio à ditadura militar, verificou-se o retorno dos conceitos da medicina liberal, e no caso do câncer, este passou a ser compreendido como problema individual. Essa nova dinâmica política significou a interrupção autoritária das políticas anticâncer, além de deixar “[...] à iniciativa privada um rentável campo de incursão médico-cirúrgica”, favorecendo assim “[...] a instalação e o crescimento das empresas privadas na área da saúde, sem o devido controle por parte das autoridades governamentais militares no poder”, contribuindo para “[...] a ocorrência de irregularidades na rede privada, cujos hospitais e clínicas recebiam financiamento da Previdência Social e mantinham ênfase na medicina curativa”²⁰⁰, hospitalocêntrica e individualista, retratando o fortalecimento do setor privado (mercantil), em detrimento da medicina preventiva, de promoção da saúde, retratada no setor público (estatal).

²⁰⁰ Cf. BARRETO, 2005, p. 269.

Conseqüentemente, em 1970, verifica-se a decadência do INCA²⁰¹ e a extinção do SNC. Este foi transformado em Divisão Nacional de Câncer – DNC, através do Decreto nº 66.623, passando a partir de então a ter caráter técnico-normativo, com sede administrativa em Brasília e vinculada à Secretaria de Assistência Médica. A DNC passou então a ser responsável pela elaboração do Plano Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), e “[...] defendia a organização dos serviços de Cancerologia por meio da integração das diversas instituições federais, estaduais e municipais, autárquicas e privadas, buscando a regionalização e a hierarquização destes serviços”²⁰².

O PNCC teve verbas específicas para sua implantação e funcionamento, pois fazia parte do II Plano Nacional de Desenvolvimento²⁰³ (1974-1979), com o qual foi possível ativar a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC e adquirir novos equipamentos, como: bombas de cobalto, agulhas de céσιο etc., que foram encaminhados às instituições hospitalares públicas (estatais) e privadas. De acordo com Costa (1998), o II PND “[...] respondeu não só às injunções econômicas conjunturais, como retraduziu substantivamente as relações entre economia (produção), desenvolvimento social (consumo) e integração social”, além de responder “[...] explicitamente às críticas ao processo de concentração de renda formulado pelas agências internacionais”.

Dessarte, podemos afirmar que a construção, instalação e uso de serviços médicos e hospitalares são determinados por interesses antagônicos, ou seja, eles tanto atendem aos interesses do trabalho (processo saúde/doença), como aos “[...] interesses econômicos concretos e, não raro, de corporações e grupos políticos que podem coincidir, no todo ou em parte, com aquelas”. Desta forma, a “indústria da saúde” revela-se uma potente atividade econômica, na qual os produtores de medicamentos, equipamentos de material e de serviços médico-hospitalares “[...] se comportam como qualquer outro agente econômico, visando à lucratividade de suas empresas e à multiplicação do seu capital” (RIBEIRO, 1993, p. 82).

A ação do governo neste período foi de ampliar os números de negócios e a lucratividade das empresas desse setor, principalmente através do repasse de recursos financeiros públicos para as atividades econômicas privadas, reforçando o modelo de saúde

²⁰¹ Segundo Barreto (2005), em maio de 1969, por força de ato ministerial, o INCA foi desligado do Ministério da Saúde, passando para a administração da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, ligada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC). Só retornou ao Gabinete do Ministro da Saúde em 19 de janeiro de 1972, pela Lei nº 5.734, de 16 de novembro de 1971 (op.cit., p. 270).

²⁰² Cf. BRASIL, 2002.

²⁰³ Cf. COSTA, 1998, p. 47-48.

capitalista, o qual valoriza a lógica hospitalocêntrica e curativa, em detrimento da atenção básica²⁰⁴, além de atrelar o atendimento aos contribuintes da Previdência²⁰⁵.

Com o esgotamento do modelo desenvolvimentista, adotado pelos governos militares nos meados dos anos de 1970, observam-se crescentes pressões sociais, tanto da classe média urbana quanto dos trabalhadores industriais. Segundo Aciole (2006), este último grupo se aglomerara nos médios e grandes centros, atraído pelas oportunidades de emprego oferecidas pelo modelo desenvolvimentista, iniciado nos anos 1950. Estava, além disso, sob a forte tutela das leis trabalhistas adotadas pelo governo Vargas. Em seu governo nacional-desenvolvimentista, os militares implantaram uma política social que adotava a questão previdenciária, visando atender à pressão social, explorando o lado mais prático e imediato: a demanda por assistência médica, ao longo do cotidiano, mais concreta que a intangibilidade de uma aposentadoria digna no fim do horizonte de trabalho, numa população cuja expectativa de vida não era das maiores²⁰⁶.

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS²⁰⁷, através da Lei nº 6.036, em 1º de maio de 1974 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Este fundo, segundo Polignano (2001), “[...] proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados”. Segundo o autor,

[...] a existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 1969/1984, de tal forma que subiram de 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984 (POLIGNANO, 2001, p. 16).

O MPAS esteve voltado para o seguro social e a assistência médica, fortalecendo a permanência da lógica liberal na saúde, uma vez que os órgãos governamentais decisórios optavam majoritariamente “[...] pelo modelo privado de assistência, baseado na medicina

²⁰⁴ A atenção básica é compreendida como um conjunto de ações, de cunho individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, tais como: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimentos básicos por outros profissionais de saúde, visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias ambulatoriais, pronto-atendimento, entre outros, que fundamentalmente são originadas nas unidades básicas de saúde. (QUINHÕES & SANTOS, 2003).

²⁰⁵ Cf. QUINHÕES & SANTOS, op. cit.

²⁰⁶ Cf. ACIOLE, 2006, p.160.

²⁰⁷ A Previdência Social até então estava ligada ao Ministério do Trabalho. Com a criação do MPAS, a Previdência dispôs de ministério próprio.

terapêutica, voltada para o indivíduo, utilizando alta tecnologia e requerendo recursos humanos especializados”²⁰⁸. Este período foi, sobretudo, marcado pelo “[...] aberto privilegiamento de interesses econômico-corporativos empresariais setoriais”²⁰⁹. Vale ressaltar que a partir de 1974 deu-se o início da “[...] autorização para a dedução dos gastos com saúde das empresas no imposto de renda”²¹⁰.

Segundo Bahia (2001, p. 332), as décadas de 1960 e 1970 foram caracterizadas pela constituição de redes de serviços privados contratadas pelo Estado e aquelas em torno do mercado de compradores institucionais privados, mas não necessariamente através de bases físicas e de remuneração totalmente diferenciadas.

Com a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde²¹¹, através da Lei 6.229 de 17 de julho de 1975, foi reconhecida oficialmente a dicotomia da questão da saúde. A medicina curativa deveria ser de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. Desta forma foi estabelecido sistematicamente o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Neste mesmo período foi criado o Programa de Controle ao Câncer (PCC), “[...] universalizando os procedimentos relacionados à doença e instituindo Comissões de Oncologia em nível local, regional e nacional, com vistas a integrar as ações de controle do câncer” no país. Isso foi possível graças ao convênio firmado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o MS. Com isso a DNC foi transformada em Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD)²¹², criada em 1978 em substituição à CNCC, tendo suas funções a serem desenvolvidas, posteriormente – 1984 –, pelo Instituto Nacional de Câncer, com sede no Rio de Janeiro.

Os recursos destinados pelo governo federal ao Ministério da Saúde, sempre foram muito escassos, insuficientes para concretizar verdadeiramente ações de saúde pública (preventiva), configurando seu verdadeiro caráter que é a medicina curativa e hospitalocêntrica, que se para o trabalhador pode vir tarde demais, como danos à saúde e inclusive a sua morte, para o capital significa garantia certa de investimentos e recursos advindos da contribuição dos trabalhadores para o Instituto Nacional de Previdência Social –

²⁰⁸ Cf. BARRETO, 2005, p. 270.

²⁰⁹ Cf. OLIVEIRA, 1987.

²¹⁰ Cf. BAHIA, 1999, p. 34.

²¹¹ Cf. BRASIL, 1975.

²¹² Cf. BARRETO, 2005.

INPS. Desta forma, os militares tinham como estratégia incentivar e subsidiar grupos privados para construir grandes hospitais que prestavam serviços ao INPS, e credenciaram essas estruturas, realidade difícil de corrigir até nos dias de hoje.

A partir dos anos 1970, observa-se em todo o mundo uma crise do modo de produção capitalista, no Brasil, seu efeito na saúde é refletido, principalmente, segundo Polignano (2001), em consequência da priorização da medicina curativa, que se mostrou incapaz de solucionar os principais problemas de saúde pública, como as endemias, as epidemias, e os preocupantes indicadores de saúde (mortalidade infantil, desnutrição, entre outros); o alto custo da medicina curativa, centrada no modelo hospitalocêntrico e de alta e média complexidade; desemprego em massa que, conseqüentemente, diminuiu o crescimento econômico, repercutindo na arrecadação do sistema previdenciário e na redução de sua receita; a “[...] incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluída do sistema”; além de fraudes e “[...] desvios de verbas do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para a realização de obras por parte do governo federal”; a falta de repasse de recursos, pela União, do Tesouro nacional para o sistema previdenciário²¹³.

2.2.1 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

O período de 1974 a 1979 foi marcado no Brasil tanto pelas seqüelas da grande crise do capitalismo mundial, o que acarretou ao país grandes dificuldades nas áreas de investimento e de custeio dos órgãos e políticas públicas, como pela efervescência política dos movimentos sociais e novos atores políticos que entraram em cena, questionando a ditadura e as formas de intervenções governamentais, até mesmo buscando alterações no sistema vigente, como o Movimento de Reforma Sanitária.

O Movimento de Reforma Sanitária, liderado por pensadores do Partido Comunista (PCB), surgiu no país, paralelo ao movimento de redemocratização da relação Estado/sociedade, nos anos de 1980, a partir da iniciativa de pensadores políticos e de trabalhadores que atuavam na área da saúde, e de representantes da sociedade civil brasileira que criticavam a visão hospitalocêntrica e a ausência de políticas de saúde concretas.

²¹³ Cf. POLIGNANO, 2001, p. 17.

Vale ressaltar que com o desgaste do modelo médico-assistencial privatista, o país passou a viver uma crise sanitária, juntamente com a profunda crise econômica e o processo de transição democrática. Esses fatores marcaram o consenso da necessidade de mudança da política social de saúde e o dissenso de como operá-la. Com isso, se ampliou o Movimento pela Reforma Sanitária no país, que denunciava uma prática médica eminentemente curativa, excludente e ineficaz, e ainda o alto custo de manutenção e expansão deste modelo num contexto de crise fiscal do Estado. À medida que o processo de abertura política se ampliava, com a oposição tendo vitórias significativas nas eleições parlamentares, o Movimento foi se revigorando e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa. Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, foi apresentada e discutida publicamente a questão da saúde como direito de todos, surgindo assim, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando diversos conceitos oriundos de experiências bem-sucedidas em outros países, como universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular²¹⁴. Para Aciole,

[...] o movimento de reforma sanitária brasileira desde cedo abrigou a idéia de relações intrínsecas entre democracia e saúde, chegando a brandir o lema de democracia na saúde como uma de suas consignas, e como bandeira central de sua luta para a reforma pretendida, numa abrangência que tanto implicava participação ampla da população quanto extensão da assistência ao maior contingente possível da população brasileira (ACIOLE, 2006, p.70).

Contraditoriamente, observa-se o movimento de consolidação do setor privado na saúde, que adquiriu maior intensidade no final dos anos de 1980, resultante do “[...] fechamento do ciclo de industrialização propiciado pelo projeto nacional desenvolvimentista que orientou a ação estatal desde os anos 1930” (ELIAS, 2004).

Neste período, mediante a combinação administrativo-financeira entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, identificamos a proposta de implementação de programas e da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, a exemplo do Programa de Oncologia (Pro-Onco) – criado em 1986 –, originado da necessidade, no sistema de saúde, de um programa capaz de unificar a produção de informações sobre câncer, voltado a estruturar e ampliar as

²¹⁴ Cf. LEITE & RODRIGUES, 2001.

bases técnicas em âmbito nacional nas áreas de educação, informação e controle do câncer no Brasil²¹⁵.

Paralelo aos processos de redemocratização, na América Latina, e em particular no Brasil, identificamos o processo de descentralização das políticas públicas²¹⁶ como um componente essencial ao exercício da democracia. Especificamente no que tange à política de saúde, este processo ganhou contornos mais definitivos na Constituição Federal de 1988²¹⁷ e na legislação infraconstitucional subsequente (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras), em que, segundo Fleury (1995), “[...] a saúde ficou inscrita como direito da cidadania e dever do Estado, devendo os serviços de saúde organizar-se em um sistema *único, público, universal, de atenção integral, descentralizado e democraticamente gerido com a participação da sociedade*” (grifo do autor).

Neste novo cenário histórico a noção de seguridade social e as políticas públicas de saúde foram consagradas como direito do cidadão e dever do Estado, o qual deveria garantir a todos os cidadãos “[...] políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso *universal e igualitário* às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”. Para isso, foi assegurada na Carta Constitucional de 1988 a implantação do Sistema Único de Saúde²¹⁸ (SUS) no país, mediante a participação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), estruturado de

²¹⁵ Segundo Mirra (2005), os primeiros registros hospitalares de câncer, propriamente ditos, surgiram no Brasil a partir de 1980.

²¹⁶ Segundo Piola (2002), “[...] no campo da provisão de serviços públicos, os grupos defensores da descentralização apontam a aproximação do poder decisório da população como fator facilitador de definição de prioridades e maior controle, pela sociedade, da qualidade dos serviços e da correta aplicação dos recursos. Além de permitir uma melhor integração entre atividades intersetoriais e entre agências governamentais e não-governamentais”. Segundo o autor, a “[...] descentralização, a integralidade da assistência e a regionalização dos serviços constituíram os principais fundamentos da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), criada em 1984, como um desdobramento do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, de 1982”.

²¹⁷ Em 1988, com a Constituição Federal, foi promulgado o direito universal à saúde, representando um grande avanço, na medida em que provocava uma ruptura com o modelo corporativo de benefício, eliminando a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde e a Assistência Social adquirindo *status* de política pública, compondo o tripé da Seguridade Social²¹⁷ como Política de Proteção Social. Dessa forma passa a garantir ao cidadão o direito de ser atendido em suas necessidades básicas: Vida, Saúde, Educação, Seguridade, Lazer, Habitação e Trabalho. Dá-se início assim a uma nova era para a Assistência Social brasileira, substituindo-se a visão centrada no “favor” e nas “benesses” pela visão do “direito” e da “cidadania”, com a criação do SUS.

²¹⁸ A proposta de um Sistema Único de Saúde foi inicialmente apontada em 1979 durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, contemplando diversos conceitos oriundos de experiências bem-sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular como expectativa da luta de classes por uma hegemonia. Em 1990, foi criado o Sistema Unificado de Saúde (SUS) em complemento com a nova Constituição de 1988, que declarou a saúde como direito de todos e dever do Estado, e com ela o marco de referência para a gradual descentralização dos serviços de saúde do Governo Federal para os Estados e desses para os municípios. Cf. LEITE e RODRIGUES, 2001.

forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal, oferecendo atenção integral, sob a égide do princípio da equidade.

Com isso, a noção de seguro social, vigente desde os anos 1920, foi deslocada para a seguridade social através do acesso ao Sistema Único de Saúde, provocando uma ruptura com o modelo corporativo de benefício, eliminando a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde. A partir da Constituição de 1988, as fontes de financiamento²¹⁹, para a Assistência Social, incluindo a saúde são: Contribuição sobre Folha de Salários dos Empregados, Empregadores e Trabalhadores Autônomos, que representa as antigas bases de financiamento do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS); Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas – COFINS; Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas – CSSL; Contribuição sobre o Programa de Integração Social – PIS e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP, e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, além de impostos como a Contribuição sobre a Movimentação Financeira – CPMF²²⁰, posteriormente extinta.

A Assistência Social adquiriu *status* de política pública compondo o tripé da Seguridade Social²²¹ como Política de Proteção Social. A adoção desta política, segundo Elias (op. cit.) contribuiu na “[...] redefinição radical das políticas públicas, por exigir a desmercantilização da saúde”, ao tempo que se revelou “[...] fonte de enormes tensionamentos e conflitos ao se confrontar com a realidade do acelerado processo de mercantilização da saúde como tendência mundial”. Essa realidade não foi diferente no Brasil, expressa pelo rápido crescimento do sistema privado de saúde²²², que progressivamente se firmou como fonte para acumulação de capital na área da saúde.

²¹⁹ Cf. SANTOS, 2003.

²²⁰ De acordo com Aciole (2006), a primeira tentativa de estabelecer a vinculação de recursos para a Saúde foi a PEC 169 de 1993, de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires. A emenda definitiva é a PEC aglutinativa de 1997, aprovada pela Câmara em 1999 e pelo Senado em 2000, e que estabelece patamares mínimos de comprometimento das receitas orçamentárias das três esferas de governo para financiamento específico da saúde, além das receitas originárias do chamado Orçamento da Seguridade Social. Com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) pelo Congresso Nacional em 2000, foi definido um mínimo de sete por cento das receitas de estados e municípios, crescendo gradualmente até atingir doze por cento para os estados e quinze por cento para os municípios, até 2005, a serem gastos na saúde (ACIOLE, op. cit., p.214).

²²¹ Entende-se a Seguridade Social como uma garantia para que todo cidadão (independentemente de estar ou não no mercado de trabalho) tenha acesso a um conjunto de certezas e seguranças que cubram, reduzam ou previnam os riscos e as vulnerabilidades sociais. Neste sentido, Vieira afirma que os direitos sociais, garantidos na Constituição de 1988, significaram a consagração jurídica das reivindicações dos trabalhadores, embora, não signifiquem a consagração de todas as reivindicações populares, e sim a consagração do que resulta das relações de força entre os trabalhadores e a classe dominante. Cf. VIEIRA, 1992, p.23.

²²² Cf. BAHIA & VIANA, 2002.

No Brasil, embora a ampliação da assistência à saúde pelo SUS tenha sido garantida pela CF de 1988, verifica-se, na dinâmica sociopolítica e econômica nacional e internacional, a forte presença de dois grandes projetos antagônicos: o Projeto de Reforma Sanitária, que, conforme Bravo e Matos (2008), “[...] propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde”; e o Projeto Privatista, sustentado por uma democracia restrita, de diminuição de direitos sociais e políticos. Ambos são definidos da seguinte forma: o primeiro refere-se ao sistema público de saúde, que visa à universalidade, contrário ao segundo, que diz respeito à assistência suplementar, de caráter privado, seguindo a lógica do mercado.

Embora esses dois projetos sejam antagônicos e em disputa, eles têm sido cada vez mais imbricados em vista aos interesses do capital, pois o sistema público envolve prestadores públicos e privados, enquanto diversos prestadores privados atendem simultaneamente ao sistema público e ao sistema suplementar. Dentro do sistema privado, identificam-se ainda as instituições com e sem fins lucrativos, que tanto recebem recursos públicos como podem ser remuneradas mediante o desembolso direto dos usuários. Entretanto, quando necessário, os contratos firmados pelo sistema público de saúde com prestadores privados devem, prioritariamente, ser feitos com instituições filantrópicas sem fins lucrativos.

Os dois projetos possuem características próprias. O Projeto de Reforma Sanitária, conforme Aciole (2006), “[...] está assentado no reconhecimento constitucional da saúde como bem público, como direito de cidadania”, e assim “compreende ações e serviços de caráter individual e coletivo, em suas dimensões curativas e preventivas; e integral, nas perspectivas higienista, sanitária e clínica” (op.cit., p. 244). Este projeto está representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização é fundada nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e descentralização, via municipalização e participação da população na gestão e na definição das prioridades em todos os âmbitos de governo.

Em contrapartida, o Projeto Privatista “[...] está assentado na lógica liberal de mercado, e está organizado na modalidade de prestação de serviços de assistência individual e curativa, financiadas pela clientela obtida no mercado de compra e venda de produtos”²²³. Segundo Aciole (2006), “[...] sua capitalização encontra-se a expensas da venda da saúde como mercadoria, como um produto disponível para consumo na perspectiva médico-

²²³ ACIOLE, 2006, p. 244.

assistencial individual” (op. cit. p. 244). É representado pelo Sistema Suplementar, composto por “[...] uma complexa organização que reúne as chamadas operadoras de planos de saúde, conjunto de organizações diversas como as empresas de seguro-saúde, as medicinas de grupo, as cooperativas de trabalho médico, os hospitais-empresa e as autogestões, surgidas em diferentes momentos históricos” (op. cit.).

Cohen (2003) identifica que a partir da Constituição de 1988, apesar de o desenho institucional do Sistema de Serviços de Saúde Brasileiro ter assumido marcadamente um caráter inovador, configurando-se no Sistema Único de Saúde (SUS), este possui em seu interior dois subsistemas de saúde: Subsistema Público: que incorpora toda a rede própria (serviços públicos de saúde) e a conveniada/contratada ao SUS (serviços privados e filantrópicos); e o Subsistema Privado: agrupa toda a rede privada de serviços de saúde não vinculada ao SUS, a chamada Saúde Suplementar.

O financiamento de suas ações e as formas de articulação entre o público-privado, no SUS, de acordo com Cohen (2003), “[...] se apresentam como questões de embate” desde a sua implantação²²⁴. Nesta relação, “[...] o Estado surge como concorrente ao assumir a responsabilidade pela execução de ações de saúde públicas e universais”.

Cabe ao Estado o papel de regulador sobre o mercado de saúde, como está previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei (art. 199, CF/1998).

Medici (2005), no documento intitulado *Financiamento público e privado em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 1990*, trata a relação público e privado na saúde como uma relação objetivamente necessária e, portanto, não submetida a nenhuma condição exterior ou contingência subjetiva que possa revocá-lo, pois “[...] a regulação do mercado e a integração entre as esferas públicas e privadas são *imperativas* ao setor saúde [...]” (grifo nosso), cabendo, portanto, à “[...] estrutura política de cada sociedade e da eficiência no processo de articulação entre o Estado e o mercado na prestação,

²²⁴ COHEN, op.cit., p. 13.

organização e regulação desse setor²²⁵” o êxito ou fracasso dessa integração (público e privado).

Assim, de acordo com o autor, a principal preocupação do Estado deveria ser a de “[...] velar para que todos os indivíduos tenham acesso universal e de qualidade aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, devendo para isso estimular a existência de ambientes saudáveis”. Competem-lhe ainda

[...] determinadas funções em saúde, tais como a construção de ambientes saudáveis, a vigilância sanitária e epidemiológica das fronteiras, dos portos e de distintas regiões dos países, a realização de campanhas de vacinação em massa e a conservação ambiental contra riscos à saúde e outras (MEDICI, 2005, p. 2).

Para essas funções, Medici (2005) aponta o setor privado como um possível e “[...] importante colaborador, mas sua organização, por questões de economia de escala e aglomeração ou por envolver a provisão de bens públicos, deveria ser fundamentalmente estatal” (op. cit., p. 2).

O que induz o direcionamento dessas funções ao setor estatal é o fato de tratar-se de setores em que ainda “[...] não existe eficiência na provisão privada direta para o mercado”; além disso, o autor destaca que há pouco interesse ou mesmo capacidade organizacional para que o setor privado venha a provê-los. Como, por exemplo, “[...] os sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, das estratégias de combate a vetores em áreas de enfermidades transmissíveis e das medidas de promoção e prevenção contra fatores de risco como o tabaco e o álcool”²²⁶.

Dentre as funções que podem ser facilmente “[...] conduzidas sob a égide da coordenação ou participação do setor privado na provisão, organização e financiamento”, Medici (op. cit.) ressalva “[...] a produção de bens e serviços de saúde, a organização dos mercados de seguros de saúde, o ensino e a pesquisa” (op. cit., p. 3).

Quanto ao financiamento dos serviços de saúde, Medici (op. cit.) salienta duas alternativas: o pagamento direto (voluntário), pelos indivíduos, usuários dos serviços de saúde privado; e a arrecadação compulsória de impostos progressivos, cobrada pelo Estado para o custeio da saúde dos mais pobres; “[...] com estes recursos, o Estado irá garantir aos

²²⁵ MEDICI, op. cit., p. 2.

²²⁶ MEDICI, op. cit., p. 6.

destituídos de meios financeiros os mesmos direitos, benefícios e condições de saúde daqueles que têm capacidade de pagar por sua saúde”.

Segundo Medici (op. cit.), “[...] as instituições que prestam serviços, tanto aos que podem como aos que não podem pagar, devem ser as mesmas (públicas ou privadas)”, fomentando com isso as parcerias público e privado²²⁷ na saúde, pois o diferencial nesses dois grupos seria apenas a origem dos recursos. “Em ambos os casos o Estado deve se preocupar em alocar eficientemente e equitativamente os recursos da sociedade – sejam eles públicos ou privados – devendo, para tanto, estabelecer regulações apropriadas e incentivos adequados” (MEDICI, 2005, p. 3).

É com essa orientação que o mercado de saúde tem crescido demasiadamente nos últimos anos. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde²²⁸ – ANS, até março de 2008 o total de operadoras de planos de saúde no Brasil era de 1.867, com 49.275.974 beneficiários, o que corresponde a cerca de 26% do total de brasileiros, distribuídos desigualmente no território nacional²²⁹. Deste total mantiveram sua participação no mercado, de acordo com o número de beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora, cerca de 38,6% nas medicinas de grupo, pouco mais de 3,4% de filantropias, 13,7% de autogestões, e seguradoras especializadas em saúde com 11,3%. As cooperativas médicas absorveram 32,9% do total de beneficiários de planos de assistência médica.

Outro dado relevante é quanto ao crescimento da receita de contraprestações das operadoras de planos privados de saúde ao longo dos últimos anos: cresceram mais de 50%. Segundo a ANS, “[...] de 2001 a 2007, a receita total do setor de planos privados de saúde passou de cerca de 23 bilhões para acima de 47 bilhões de reais, dos quais mais de 97% referem-se às operadoras médico-hospitalares”²³⁰.

²²⁷ Sobre as parcerias público e privado (PPP) na saúde, trataremos adiante.

²²⁸ O ano de 1991 foi marcado, no Brasil, pelo início do processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, cujo resultado jurisdicional foi a aprovação pelo Senado Federal da Lei 9.656, em 3 de junho de 1998. “Essa Lei foi modificada por quarenta e quatro medidas provisórias sucessivas no período entre 4 de maio de 1998 e 24 de agosto de 2001. Sua última atualização, pela Medida Provisória 2.177-44/01”. Resultou na criação da Agência reguladora da saúde suplementar, em 2000, reforçando o discurso neoliberal que distingue o “[...] mérito entre o que é privado – particular – como sinônimo de excelência, por oposição ao que é público (estatal), como o contrário do primeiro”. Cf. ACIOLE, 2006.

²²⁹ Até 2007 o número de brasileiros era de 189.335.187. Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def> Acesso em 15 de junho de 2008.

²³⁰ Cf. Caderno de Informação Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde. Junho de 2008. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2008.pdf> Acesso em 19 de agosto de 2008.

De acordo com o MS²³¹, o SUS possui uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais, com cerca de 6 mil unidades hospitalares, equivalente a mais de 440 mil leitos. Sua produção anual de internações hospitalares é de aproximadamente 12 milhões; quanto ao número de procedimentos de atenção primária à saúde, é de 1 bilhão; cerca de 150 milhões de consultas médicas; e 2 milhões de partos; além de 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade (entre eles o atendimento oncológico) e 14 mil transplantes de órgãos. Destaca-se que o número de transplantes no Brasil pelo SUS ocupa o segundo lugar no mundo, além do reconhecimento internacional pelo seu “[...] progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS²³², na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica”²³³.

No tocante à descentralização político-administrativa da saúde, na atenção oncológica, o processo tem sido orientado pelo Ministério da Saúde e faz parte dos acordos firmados entre os governos brasileiros e os Organismos Internacionais. Através da Carta Política²³⁴, os governos têm se comprometido no sentido de seguir as orientações do BM, que são: o fortalecimento do processo de descentralização e a criação de estratégias para responsabilização dos níveis estaduais e municipais por meio da revisão da Norma Operacional Básica – NOB/93²³⁵, do estabelecimento de acordos financeiros com as esferas subnacionais de governo e da criação de uma listagem de incentivos que deveriam acelerar o processo de reforma; a adoção de medidas de reajuste de 25% nos custos das internações e dos procedimentos ambulatoriais dos prestadores privados e filantrópicos de saúde; a criação de auditorias independentes para regulamentar e avaliar a qualidade dos serviços²³⁶ pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), como a definição de

²³¹SUS 20 anos: Indicadores revelam avanços da saúde. Disponível em <http://sus20anos.saude.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=330%3Aindicadores-revelam-avancos-da-saude&catid=29%3Aespeciais&Itemid=34> Acesso em 20 de outubro de 2008.

²³² Do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA.

²³³ Cf. BRASIL, 2006.

²³⁴ Segundo Correia (2005, p. 138), a “Carta de Política de Saúde” assemelha-se às “Cartas de Intenções” e foi escrita em 7 de maio de 1996 pelo então Ministro da Saúde Adib Jatene. Nela estão descritos os compromissos que o governo assume mediante a solicitação de financiamento.

²³⁵ Norma Operacional Básica do SUS: Instrumento jurídico institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com demais gestores e outros segmentos da sociedade, negociado e pactuado na Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, para: aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS. A NOB – 93: desencadeia processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena); cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena; habilita municípios como gestores, criando a terceira instância gestora do SUS; frágil definição do papel dos estados, que entretanto também passam a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de saúde; são constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração, entre gestores. Cf. SCOTTI, 1996.

²³⁶ Cf. RIZZOTTO, 2000. p.222-3

parâmetros assistenciais em todos os níveis, da atenção básica, da média complexidade e da alta complexidade/custo.

De acordo com Kligerman (2002), a descentralização da atenção oncológica é similar à lógica do SUS, na qual os estados e municípios são obrigados a se estruturar e a descentralizar os seus serviços de saúde. Assim, os estados e municípios, mediante as ações de prevenção e controle do câncer, são obrigados a adotar as “[...] atividades de prevenção, detecção precoce e assistência ao doente com câncer”. Mediante a participação dos municípios ocorre também a “[...] interiorização das ações de prevenção e controle do câncer”.

Se por um lado há a descentralização na operacionalização das ações de prevenção e controle do câncer, por outro há a centralização da coordenação. Esta é “[...] apoiada em atos normativos pertinentes, atuando conforme a lógica do SUS e chegando até os municípios”, permitindo a operacionalização dos programas de prevenção, adequando-os ao atendimento dos usuários portadores de neoplasias. Com isso, espera-se “[...] estimular a integralidade assistencial dos serviços básicos, preventivos, e dos serviços especializados, terapêuticos – estes últimos integrados aos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)”²³⁷. Assim, conforme Kligerman (2002), os “[...] elementos essenciais das ações descentralizadas são, portanto: 1) interiorização; 2) integralidade das ações de prevenção e controle do câncer; 3) integração de serviços assistenciais; e 4) parcerias”.

Vale ressaltar que após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as estruturas regimentais foram atualizadas, bem como os termos da prevenção e controle do câncer, sob novas diretrizes que vieram reforçar e ampliar aquelas ações. De acordo com Kligerman (op. cit.), os decretos presidenciais que estabeleceram o Regimento do Ministério da Saúde são: o Decreto 109, de 5 de maio de 1991; o Decreto 2.477, de 28 de janeiro de 1998; e o Decreto 3.496, de 1º de junho de 2000, em vigência. Estes últimos “[...] atribuem ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), como órgão próprio e sua instância técnica, [...] assistir o Ministro de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer”. Com isso, segundo Kligerman (op.cit.), “[...] todas as iniciativas passaram, assim, a ter como diretriz maior a própria formulação de uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)”²³⁸.

²³⁷Cf. KLIGERMAN, op. cit.

²³⁸ De acordo com Kligerman (op. cit.), o objetivo da PNPCC refere-se, “[...] simultaneamente, às questões relativas à incidência e à mortalidade por câncer”, ou seja, “[...] a redução da incidência está diretamente

Mesmo com o processo de descentralização das ações de prevenção e controle do câncer, os investimentos específicos permanecem “[...] por meio de convênios assinados com as secretarias estaduais de saúde, para estas desenvolverem, do ponto de vista gerencial e operacional, e sob a assessoria técnico-gerencial contínua do Ministério da Saúde, os programas de implantação de registros de câncer (de base hospitalar e de base populacional)”.

Com a implantação do projeto neoliberal, logo após promulgada a CF de 1988 houve um desmonte das tímidas políticas públicas e do sistema de saúde brasileiro, despontando um setor privado forte, de baixa regulação estatal, autônomo em sua expansão, com financiamento e clientela definida. Este processo se deu sob a orientação dos organismos multilaterais, notadamente o Fundo Monetário Internacional – FMI e o Banco Mundial – BM, que enfatizaram, eloqüentemente, a supremacia do mercado, em contraposição à ineficiência do Estado, sob as orientações do Consenso de Washington. Tratava-se de um duplo e contrário movimento: por um lado, a defesa e ampliação do sistema privado de saúde; por outro, o desmonte, ataques, precarização dos serviços públicos, principalmente no tocante a sua universalidade.

Nesta conjuntura a política de saúde vem sofrendo constantes ataques, pois a lógica neoliberal estabelece que ao subsistema público deve ser relegada uma medicina de baixa densidade tecnológica, com poucos recursos: *uma Medicina pobre para os pobres*²³⁹, imprimindo assim um caráter compensatório, seletivo, hospitalocêntrico e curativista. Este caráter segregatório das políticas sociais de saúde tem sido acentuado ao máximo, tornando-se cada vez mais funcional à lucratividade capitalista, pela adoção da política de Estado Mini/Max²⁴⁰, na qual a atenção à saúde pública tende a ser cada vez mais focalizada, voltada aos grupos de extrema pobreza, enquanto a acumulação do capital via ampliação da oferta de serviços de saúde na rede privada tem sido cada vez maior, mediante as orientações dos organismos internacionais.

associada às medidas de prevenção e de conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer. Já a redução da mortalidade depende da capacidade nacional em detectar o câncer, o mais precocemente possível, e tratá-lo adequadamente. Estas duas ações, além de caracterizarem a indissolubilidade do binômio prevenção-assistência, prevêm a aplicação dessas ações em âmbito nacional e de forma universal”. Dentre as diretrizes o autor destaca: “[...] 1) estabelecer, em âmbito nacional, ações de prevenção do câncer, visando à promoção da saúde do povo brasileiro; 2) detectar precocemente os cânceres passíveis de tal detecção, para aumentar a probabilidade de cura e melhorar a qualidade de vida dos(as) doentes; 3) consolidar e expandir os serviços de assistência oncológica, equitativamente, em todo o país, e de forma integrada; e 4) promover o desenvolvimento de recursos humanos, de estudos, pesquisas, e outras ações indispensáveis à qualidade desejada de serviços e ações de prevenção e controle do câncer”.

²³⁹ Cf. VASCONCELOS, 2003.

²⁴⁰ Conforme explicitado no capítulo anterior.

É nesse contexto que em 19 de dezembro de 2005 o Ministério da Saúde publicou as portarias nº 2.439, a primeira a instituir uma Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser criada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e a de nº 741, na mesma data, pela qual a Secretaria de Atenção à Saúde substituiu a 3.535/98 e estabelece nova classificação e exigências para hospitais que tratam do câncer (Centros ou Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), além de estabelecer parâmetros para o planejamento da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e definir processos relacionados à informação em câncer (Registro Hospitalar de Câncer – RHC) e ao acesso a exames de média complexidade²⁴¹.

Os critérios de cadastramento de serviços em oncologia em todo o país foram definidos na portaria nº 741, no intuito de garantir a organização de redes assistenciais hierarquizadas e regionalizadas, o MS e o INCA. Ficaram a partir de então cadastrados os seguintes serviços em oncologia no país: as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; estes foram definidos mediante a hierarquia por nível de complexidade e abrangência de atuação, extinguindo assim os CACONs sem Radioterapia e os serviços isolados de Quimioterapia e Radioterapia²⁴².

Constituem Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) os hospitais que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Estas unidades hospitalares podem prestar os seguintes serviços: Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica; Radioterapia; Hematologia; Oncologia Pediátrica. Também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer²⁴³.

Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são caracterizados por hospitais vinculados ao SUS que possuem as condições técnicas,

²⁴¹ Cf. BRASIL, 2005.

²⁴² Cf. BRASIL, 2005, art. 4º.

²⁴³ Cf. BRASIL, 2005.

instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes centros hospitalares, são compostos obrigatoriamente pelos seguintes serviços: Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica; Radioterapia e Hematologia; além desses serviços, o hospital credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia poderá, de acordo com a necessidade estabelecida pelo respectivo gestor do SUS, contar com atendimento em Serviço de Oncologia Pediátrica. Também devem, sob regulação do respectivo gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional, e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer²⁴⁴.

Os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem exercer papel auxiliar, de caráter técnico, aos gestores do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e devem possuir os seguintes atributos:

Ser um Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004;

Ter uma base territorial de atuação, conforme os seguintes parâmetros: 01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais; 02 Centros de Referência para >12.000 - 24.000 casos novos anuais; 03 Centros de Referência para >24.000 - 48.000 casos novos anuais; 04 Centros de Referência para > 48.000 - 96.000 casos novos anuais; 05 Centros de Referência para > 96.000 casos novos anuais;

Participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional;

Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

Ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; e Participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o Gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde (BRASIL, op. cit.).

Conforme a Portaria 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, estão introduzidos alguns aspectos fundamentais na abordagem da estrutura que se destina a controlar o câncer no Brasil. No artigo 3º ficou definido que a Política Nacional de Atenção Oncológica deveria ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

(1) na atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde, ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce

²⁴⁴ Cf. BRASIL, 2005.

e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados; (2) na média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos; (3) na alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e (4) educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção.

No artigo 4º ficou estabelecido que o Instituto Nacional de Câncer (INCA) “[...] é o Centro de Referência de Alta Complexidade (CACON de Referência) do Ministério da Saúde, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica” (BRASIL, 2005).

Nesta portaria (741/2005), o Ministério da Saúde determina que todas as unidades e centros de tratamento de câncer devem ter registros. Estas informações em rede permitem descrever e monitorar o perfil do câncer em todo o país, servindo de suporte a pesquisas clínicas e epidemiológicas e auxiliando o planejamento das ações de controle da doença.

Destaca-se a manutenção, pelo MS, da relação público e privado, instituída desde o primórdio da atenção oncológica no Brasil, pois, por meio da Portaria 741/2005, referenda preferencialmente *os hospitais públicos, filantrópicos, sem fins lucrativos e com fins lucrativos*, nesta ordem, credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e lhes confere a possibilidade de serem credenciados como Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Como vimos anteriormente, o Ministério da Saúde, através de portarias ministeriais, alterou a política de combate ao câncer, reformulando os CACONs, e UNACONs, objetivando aumentar a capacidade instalada da rede de serviços oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e romper com a predominância do modelo assistencial, que apresentava uma quantidade significativa de serviços isolados de quimioterapia e radioterapia cadastrados no SUS, sem condições de prover assistência integral aos pacientes com câncer.

No próximo tópico trataremos do imbricamento entre o público e o privado na política de atenção oncológica brasileira, descortinando os interesses dos organismos internacionais e suas formas de intervenção nesta política.

2.3 ORIENTAÇÕES DO BANCO MUNDIAL À POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: REBATIMENTOS NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

A ação do Estado, através das políticas sociais, não é uma “via de mão única”, posta exclusivamente para atender às necessidades do capital. Muito pelo contrário, as políticas sociais devem ser compreendidas mediante a sua gênese histórica, a qual se deu pelo acirramento da relação entre capital e trabalho, manifestada tanto pela “[...] busca desenfreada de obtenção de lucro, através da exploração do trabalho assalariado nas fábricas e indústrias no século XIX, na Inglaterra”, quanto “[...] pelo reconhecimento dos trabalhadores da impossibilidade de produzir e reproduzir a sua vida material nas condições em que se encontravam”²⁴⁵.

As políticas sociais são resultantes do poder de organização da sociedade civil, o que significa que sua formulação, ampliação ou restrição vai depender do poder que a sociedade civil organizada exercerá sobre os governantes. Pois o Estado é constituído num “[...] espaço contraditório de ação política e de exercício do poder, onde as relações de forças nacionais e internacionais se encontram e ajudam a dar conformação a cada situação específica”²⁴⁶.

Outrossim, a política de saúde, está imbricada nestes espaços contraditórios de disputa, e conforme Rizzotto (2000), permeada por diferentes graus de relações de forças que participam do seu processo, “[...] a começar pela relação das forças internacionais [...], passando em seguida às relações sociais objetivas, ao grau de desenvolvimento das forças produtivas, às relações de força política e de partido (sistemas hegemônicos dentro do Estado) e às relações políticas imediatas” (GRAMSCI, 1984, p. 44 apud RIZZOTTO, op. cit., p. 33).

Em tempos globalizados, de grande avanço industrial e inovações tecnológicas, e de forte tendência à priorização das leis do mercado, a saúde, segundo Berlinguer (2005), “[...] tornou-se uma variável do sistema econômico-financeiro, uma sobrecarga para os orçamentos, uma presa para os mercados”. Esta transformação tem sido, conforme Berlinguer (op. cit.), evidenciada no papel de duas lideranças no campo da saúde: Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional.

De acordo com Correia (2005, p. 93), a aproximação do Brasil com os organismos internacionais (instituições de Bretton Woods) ocorreu em 1944, dez anos depois, no segundo governo de Getúlio Vargas. O país, em troca de empréstimos com o Banco norte-americano

²⁴⁵ RIZZOTTO, 2000, p. 42.

²⁴⁶ RIZZOTTO, op. cit.

Eximbank, sofreu a influência do Fundo Monetário Internacional – FMI na política de ampliação das exportações e redução das importações, como condicionalidade básica para o “[...] equilíbrio da balança de pagamentos”.

Entretanto, em 1959, Juscelino Kubitschek rompeu com o FMI, pois as exigências de “[...] liberalização das importações, eliminação de subsídios e alterações no sistema cambial iam de encontro ao seu plano de Metas”²⁴⁷.

Mais tarde, sob o solo da ditadura militar²⁴⁸, o país reatou a aliança com o FMI e o Banco Mundial, “[...] rompendo com a efervescência política da sociedade em torno de um projeto de desenvolvimento nacionalista”, estabelecendo assim “[...] novas medidas para a expansão capitalista: a revogação da Lei de Remessas de Lucros, adoção de uma política de redução do déficit público e controle de crédito, supressão de subsídios, controle de preços, redução da taxa de câmbio, fim da estabilidade no emprego, política de redução salarial pelos reajustes inferiores à da inflação”²⁴⁹.

A partir de então a relação do Brasil com os organismos internacionais se estreitaram cada vez mais, em uma relação de dívida e dependência, obedecendo às orientações do Banco Mundial e do FMI à política econômica e social brasileira, através das “cartas de intenções”²⁵⁰ assinadas pelos governos brasileiros, cada qual se comprometendo com a “[...] redução dos gastos públicos, a elevação de preços, a diminuição de salários e a redução da intervenção do Estado na economia”²⁵¹.

Nas últimas décadas, os acordos de empréstimos do Banco Mundial²⁵² para o setor de saúde brasileiro, segundo Rizzotto (2000, p. 26), “[...] teriam como objetivo contribuir para

²⁴⁷ CORREIA, 2005, p. 93.

²⁴⁸ A ditadura militar no Brasil foi instaurada pelo golpe de Estado em 31 de março de 1964, estendendo-se por 21 anos, culminando em 1985 com o processo de abertura política. Este período foi marcado pelo autoritarismo, supressão dos direitos constitucionais, perseguição policial e militar, prisão e tortura dos opositores e pela censura prévia aos meios de comunicação. Contraditoriamente, os Estados Unidos da América, país que tem como símbolo a estátua da Liberdade, que representa o ideal da liberdade e da independência, foi o principal apoiador do golpe militar, não só do Brasil, mas de toda a América Latina.

²⁴⁹ CORREIA, op. cit., p. 94.

²⁵⁰ As “cartas de intenções” representam declarações unilaterais obrigatórias por parte dos organismos internacionais que emprestam dinheiro e aceitam pelos países que pedem empréstimo. No Brasil as primeiras “cartas de intenções” foram assinadas ainda no governo militar de João Baptista de Oliveira Figueiredo; em 1983 foram assinadas quatro e no ano posterior mais três. Nos anos subseqüentes este tipo de acordo foi adotado por todos os governos, inclusive pelo governo Luís Inácio Lula da Silva. Cf. CORREIA, op. cit.; ARANTES, 2002.

²⁵¹ CORREIA, op. cit., p. 94.

²⁵² Segundo RIZZOTTO (op. cit.), o Banco Mundial é composto por um conjunto de instituições criadas em momentos distintos e com funções específicas. O Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD criado em 1945 logo após a Segunda Guerra Mundial, teve como objetivo inicial ajudar na reconstrução dos países europeus assolados pela guerra. A Corporação Financeira Internacional – CFI (1956), criada para apoiar o fluxo internacional de capital privado para os países “em desenvolvimento” e para participar do setor

a concretização de uma *contra-reforma no e do Sistema Único de Saúde*, no sentido de restringir e/ou anular direitos sociais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980 e consagrados na Constituição Federal de 1988”²⁵³.

As propostas do Banco Mundial para o setor de saúde dos países periféricos, em âmbito geral, conforme Rizzotto (2000),

[...] além de pretenderem “*ajudar*” no processo de estabilização política e econômica desses países e de servirem como instrumento para a “*humanização*” do Banco, articulam-se com “*questões estratégicas*” voltadas para a segurança interna e externa dos países centrais e para a organização do mundo capitalista (op.cit., p. 26) (grifo da autora).

O financiamento de projetos e programas pelo Banco Mundial na área da saúde tem caráter diferenciado de outros setores sociais que fazem parte da pauta de seus financiamentos, pois ao contrário do que se apregoa, o BM não teria como objetivo contribuir para o desenvolvimento econômico e/ou social de países periféricos como o Brasil, e sim, impulsionar a redução do “[...] papel e da participação do Estado na oferta de serviços de saúde, implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as ações públicas para as populações mais pobres, ao mesmo tempo que promove a ampliação e a participação do setor privado neste promissor mercado para a expansão do capital” (saúde), como condicionante de acordos de novos empréstimos ao país²⁵⁴.

Vale ressaltar que há mais gastos com dívida interna e externa que com a saúde no Brasil, de acordo com Aciole (2006):

Quando se considera o volume de recursos para a Saúde, comparado ao

privado desses países; a Associação Internacional de Fomento – AIF (1960) possui as mesmas funções e utiliza a mesma estrutura administrativa do BIRD, mas seus empréstimos são outorgados em condições altamente concessionárias para os países mais pobres; o Centro Internacional de Arranjo de Diferenças relativas de Investimento – CIADI, criado em 1966, fomenta o fluxo de investimentos, oferecendo mecanismos de conciliação e arbitragem de diferenças entre governos e os investidores estrangeiros; o Organismo Multilateral de Garantia de Inversões – OMGI (1988), criado com o propósito de ajudar os países em desenvolvimento a atrair capital estrangeiro, oferecendo proteção aos investidores ante os riscos políticos como moratória, guerra, perturbações políticas, descumprimento de contratos ou mudanças de moeda.

²⁵³ O arcabouço jurídico-institucional da Constituição de 1988 para o SUS é complementado pelas leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que tratam respectivamente da organização dos serviços de saúde e da participação comunitária. A Lei 8.080 define os papéis institucionais de cada instância governamental nos planos de gestão, estrutura de financiamento e regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo entendido como gestores do sistema em sua esfera de competência. Está também prevista como atuação do SUS a definição e execução das ações de saúde do trabalhador, assistência terapêutica, corporal e farmacêutica, e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas. A operacionalização desta legislação tem sido feita através de portarias do Ministério da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996.

²⁵⁴ Cf. RIZZOTTO, op. cit., p. 25-26.

volume de recursos consumidos pelo governo, dos resultados do PIB e da balança comercial brasileira, no pagamento da dívida pública brasileira, tanto interna quanto externa, é gritante a diferença, [...]. Isto significa enorme dispêndio de energia pelo País, no sacrifício da questão social à ditadura da ordem financeira internacional, quando poderia realizar uma inversão nesta prioridade de investimentos. A questão fica ainda mais preocupante, em virtude de que pelas propostas de reforma tributária em discussão no Congresso Nacional pode ocorrer um impacto negativo sobre as receitas para a saúde, somadas às distorções da apropriação desses recursos a outras despesas da União, num setor em que já ocorreu substituição de fontes e retração do aporte de receita geral do Estado (ACIOLE, 2006, p.253).

Correia (2005), em seu estudo sobre “[...] os reflexos das orientações do Banco Mundial na Política de Saúde brasileira e as lutas políticas em defesa do SUS”²⁵⁵, revela-nos que o primeiro documento produzido pelo Banco Mundial sobre a saúde foi publicado em 1975, “Salud: documento de política sectorial”. Este fez parte de um “[...] conjunto de publicações de documentos de política setoriais elaborados a partir de estudos setoriais da economia e da sociedade dos países devedores”, os quais apontavam alternativas em forma de políticas governamentais para solucionar os problemas existentes em cada área.

Já neste período, o BM, conforme Correia (op. cit.), apontava para as primeiras diretrizes a favor de uma “reforma” nas políticas de saúde nos países por ele subsidiados, tais como: a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação destes, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres. Desde então o BM tem deixado claro o caráter não universalizante dos serviços de saúde, como foi explicitado no seu documento: “[...] nos países em desenvolvimento, os grupos prósperos da população têm capacidade econômica para obter a preços de mercado a maioria dos serviços de saúde que necessitam, por isso não se justificam as subvenções públicas a tais grupos, qualquer que seja o critério que se invoque”²⁵⁶.

As orientações propostas pelo BM para a população pobre têm sido, sob o “[...] caráter econômico, no sentido de baratear os serviços de saúde”, a atenção básica (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS), ou seja, o critério de avaliação, conforme Correia (2005, p. 111), é a relação custo/benefício: “[...] para funcionar economicamente, o sistema necessita de procedimentos e práticas médicas que sejam simples e baratos em sua maioria, sendo descartadas as complicadas investigações com fins de diagnósticos da medicina ocidental avançada”²⁵⁷. Sob orientação do BM os programas direcionados aos

²⁵⁵ Cf. CORREIA, 2005.

²⁵⁶ Cf. BANCO MUNDIAL, 1975, p. 37.

²⁵⁷ Cf. BANCO MUNDIAL, 1975, p. 54.

pobres “[...] podem considerar-se como consumo, que é o objetivo final do desenvolvimento econômico, e como investimento produtivo”²⁵⁸.

De acordo com o documento “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, de 1991, do Banco Mundial, “[...] os empréstimos do BM para o setor de saúde no Brasil equivalem a menos de 1% da despesa nacional total em saúde”; entretanto, isso não foi um limitador para que o BM pensasse em novas formas de aplicação de novos recursos e obtenção de maiores lucros. Nesse sentido, o documento supracitado ressalva que “[...] é imperativo que o Banco Mundial também apóie os esforços brasileiros no sentido de que os outros 99% da despesa sejam aplicados com mais eficiência”²⁵⁹.

Assim, o objetivo do BM está sempre voltado para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde mediante a lógica custo-benefício²⁶⁰. De acordo com Costa (1998, p. 130-131 apud CORREIA, 2005, p. 111), “[...] a agenda do Banco Mundial subordina a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países em processo de ‘ajuste estrutural’”. Desta forma, tem implicado as políticas públicas em saúde num “[...] conjunto de escolhas dentro da lógica de custo-efetividade, na perspectiva da racionalização da oferta²⁶¹”, ou seja, os interesses do BM na política de saúde estão na lucratividade financeira que este setor tende a oferecer ao capital. Conforme RIZZOTTO (2000):

Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8 % do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países ‘em desenvolvimento’ a 12 % do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização (op.cit., p.119-122).

No Brasil, o BM, alinhado ao projeto neoliberal, vem exigindo ajustes estruturais e apontando reformas à política de saúde desde 1981. Essas reformas, de acordo com MATTOS (2000), implicam a

[...] redução da participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde e o desenvolvimento de outras formas de financiamento, como, por exemplo, o copagamento direto pelos usuários dos serviços, ou o desenvolvimento de dispositivos de seguro-saúde [...], o fortalecimento dos setores não-governamentais ligados à

²⁵⁸ Cf. BANCO MUNDIAL, 1975, p. 29.

²⁵⁹ BANCO MUNDIAL, 1991, p.1.

²⁶⁰ Cf. CORREIA, op. cit.

²⁶¹ Cf. CORREIA, op. cit., p. 111.

prestação dos serviços e a descentralização dos sistemas públicos de saúde (op. cit., p. 09 e 227, apud CORREIA, 2005, p. 112).

A partir da orientação do BM, as políticas sociais públicas devem ser direcionadas aos setores fundamentais, como forma de assegurar “[...] que o crescimento seja compartilhado por todos e contribua para reduzir a pobreza e a desigualdade” dos países periféricos, caracterizando, nesses países, como o Brasil, a adoção de políticas sociais focalistas, compensatórias, eximindo o caráter universal e ampliando a participação de setores privados nas atividades até então públicas. É o que Cavalcanti (2006) chamou de “processo sutil de privatização”, a exemplo da saúde e educação, que outrora prestavam serviços de qualidade, e que com a falta de investimento público que compatibilize a oferta de acordo com a demanda sempre crescente e com a restrição da universalidade, estão sendo migrados para o mercado “[...] como o canal natural de satisfação das necessidades sociais”.

Aos serviços de saúde pública, as orientações do BM dar-se-iam no sentido de “[...] prevenir doenças ou traumas ou prestar informações sobre a automedicação e a importância de buscar tratamento”. Neste sentido, ele propõe:

1. Serviços de saúde para segmentos populacionais (imunizações, tratamento em massa para verminoses, triagem em massa de doenças como câncer uterino e tuberculose);
2. Nutrição (educação nutricional, suplementação e reforço alimentar);
3. Fecundidade (serviços de planejamento familiar, aborto sem risco);
4. Tabaco e outras drogas (programas para redução do consumo do tabaco e álcool);
5. Meio ambiente familiar e externo (ação reguladora, controle de vetores e poluição, saneamento, políticas para melhorar o ambiente doméstico como renda e instrução);
6. AIDS (prevenção, encarar como ameaça ao desenvolvimento). (BANCO MUNDIAL, 1993, p.77, apud CORREIA, op. cit., p. 116).

Na análise de Rizzotto (2000), o Ministério da Saúde, partindo das sugestões contidas nos documentos do BM, tem buscado criar na opinião pública “[...] um consenso sobre a necessidade de restrição dos direitos de universalidade, equidade e integralidade da assistência; na centralidade que os programas PACS e PSF assumiram no conjunto das políticas do Ministério da Saúde”, os quais visam “à focalização e seletividade dos serviços de atenção à saúde”; segundo a autora, isto tem se dado em favor do setor privado,

[...] no estímulo à participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, através da abertura do mercado para empresas estrangeiras e no estabelecimento de acordos de empréstimos com o Banco Mundial para o desenvolvimento de projetos na área da saúde, que visam à implementação de propostas condizentes com a agenda e os objetivos desta instituição (RIZZOTTO, 2000, p. 168).

Além da transferência “[...] de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais” e da “reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde” (RIZZOTTO, op. cit., 136).

Com o aumento da arrecadação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF²⁶², no financiamento da Seguridade Social, a partir de 2000, houve a ampliação de financiamento a parte do Programa de Saúde da Família, prevenção de câncer e assistência oncológica, saúde mental, atendimento de emergência e ambulatorial, saúde da criança e aleitamento materno e previdência social básica. Entretanto, “[...] deixou de financiar saneamento básico e abastecimento de água, focalizando-se, portanto, no financiamento de ações voltadas à assistência à saúde de programas especiais” (ALZUGUIR, 2005, p. 737).

Vale ressaltar que no Relatório do Banco Mundial de 1993, dedicado ao setor saúde, denominado *Investindo em Saúde*, o BM, com o propósito de facilitar o ingresso da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde, e conforme Rizzotto (2000), redefinir o papel dos estados nacionais periféricos, e apresenta diretrizes e orientações políticas a serem seguidas pelos governos; segundo suas orientações, as ações governamentais deveriam limitar-se “[...] a programas destinados às populações mais pobres, centrados em ações de promoção e prevenção da saúde, que tenham custos reduzidos e efeitos impactantes, financiando a prestação de serviços de saúde pública e serviços clínicos essenciais”²⁶³.

Os setores “estratégicos” que foram priorizados pelo setor saúde, segundo a orientação do BM, são: a mortalidade infantil, a desnutrição, a prevenção de doenças não transmissíveis, como o câncer. As ações referentes a esta doença têm sido voltadas especialmente ao combate ao tabagismo²⁶⁴. Estão também contempladas nas ações

²⁶² A CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) foi aprovada em 1993 e passou a vigorar no ano seguinte com o nome de IPMF (Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira); só em 1996 é que foi transformada em CPMF. À época, a alíquota era de 0,25%. A CPMF consistia em uma cobrança que incide sobre todas as movimentações bancárias, exceto negociação de ações na Bolsa, saques de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas correntes de mesma titularidade, cuja finalidade inicial era financiar o setor saúde. Em 31/12/2007 foi extinta; em substituição o Governo Federal editor os Decretos nº 6.339 e nº 6.345, elevando as alíquotas do imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, conhecido como IOF.

²⁶³ RIZZOTTO, 200, p. 120.

²⁶⁴ O Brasil é considerado o quarto maior produtor de folhas de tabaco no mundo. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é responsável por programas nacionais para a prevenção e a detecção do câncer, através do Programa Nacional de Controle do Tabaco, estabelecido desde 1987. Esse programa é considerado um dos melhores programas nacionais de controle do tabaco e responsável por uma forte legislação antitabaco, além de um programa descentralizado em todo o País.

estratégicas as ações referentes à Atividade Física, Dieta e Peso; as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), as imunizações (o relatório prevê a ampliação da cobertura para 90%), sendo ainda incluído o tratamento do diabetes, da hipertensão arterial, o tratamento das esquizofrenias e psicose maníaco-depressiva (depressão bipolar) e o tratamento do câncer de mama e do colo de útero. Conforme Rizzotto (2000):

Quando se propõe um modelo de assistência com características específicas destinado aos mais pobres, pressupõe-se a necessidade de um outro modelo para os não-pobres, ou seja, um fornecido pelo Estado para quem não tem condições de pagar, e outro, para o restante da população que de alguma forma poderia arcar com os custos de sua saúde. Este por certo ficaria a cargo da iniciativa privada. A política de dar aos pobres o mínimo indispensável para a sua sobrevivência, por meio de programas nas áreas sociais, parece revelar uma preocupação com a possibilidade de que extremos de miserabilidade podem transformar-se em reais ameaças à estabilidade política, necessária ao avanço da modernidade, à acumulação e à expansão econômica, regidas pelas leis do mercado (RIZZOTTO, 2000, p. 121).

Em 2007, o BM lançou um relatório que tratava especificamente sobre o sistema de saúde no Brasil, intitulado: “Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil – Aumentando a Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos”, nº. 36601- BR, de 15 de fevereiro de 2007. Este documento foi elaborado a pedido do Ministério da Saúde e apresentou como principais entraves na saúde brasileira a falta de articulação no planejamento das ações e na execução do orçamento. Em suas palavras: “Aumentar a eficiência e eficácia na utilização dos recursos para a área de saúde para conter o aumento dos custos, talvez seja o maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro na atualidade”²⁶⁵.

Quanto aos desafios da gestão de recursos no setor de saúde brasileiro, o BM (2007) ressalta dois pontos importantes: o número de mortes por doenças não transmissíveis, causas externas e câncer²⁶⁶, conseqüentemente, a morte prematura e a invalidez, e o gasto público com essa demanda. Conforme o BM (2007), “Manter o *status quo* irá acrescentar US\$ 34 bilhões aos gastos do país em assistência médica na próxima década, e também resultar em US\$ 38 bilhões em perdas de produtividade”. A solução proposta pelo BM (2007) consiste em “[...] mudanças no modelo e padrões de atenção à saúde e promoção da saúde”, considerando que “[...] o custo adicional de tratamento em combinação com as perdas de

²⁶⁵ *Governance in Brazil’s Unified Health System (SUS) – Raising the Quality of Public Spending and Resource Management Report*. Cf. BANCO MUNDIAL, 2007.

²⁶⁶ Até 2007 as principais causas de morte no Brasil eram doenças cardiovasculares, causas externas e o câncer; estes representavam 62% de todas as mortes. Cf. BANCO MUNDIAL, 2007.

produtividade [...] resultaria em um gasto adicional correspondente a mais de 5% do PIB durante esse período”²⁶⁷.

Com a descentralização da saúde, de acordo com o BM (2007), no período de 2002 a 2005 todos os estados e municípios “[...] assinaram acordos para a gestão plena dos sistemas de prestação de serviços sob sua jurisdição”, o que na prática significou que a partir de então estados e municípios passaram a ser responsáveis “[...] por todo o gasto e prestação de serviços na área de saúde financiados com recursos públicos dentro de suas jurisdições”.

Embora o BM (2007) aponte falhas no caráter descentralizado do SUS, pois, segundo ele, “[...] os fluxos financeiros são de difícil acompanhamento e monitoramento, e, portanto, tornam a responsabilização difusa e complicada”, não sendo possível identificar “[...] quanto o SUS como um todo (incluindo os governos federal, estaduais e municipais) gasta com atendimento hospitalar ou com atenção básica. Os níveis de eficiência na prestação de serviços de saúde também não são sistematicamente documentados”²⁶⁸. A descentralização foi louvada pelo BM (2007), pois “[...] implica uma combinação de gestão direta dos programas públicos de saúde e unidades públicas de saúde com o financiamento de prestadores privados contratados pelo SUS”²⁶⁹.

O BM (2007) ainda apresenta ao sistema de saúde “[...] desafios estruturais e organizacionais” que, segundo ele, “[...] podem comprometer sua capacidade de conseguir mais melhorias”. Em sua avaliação, “[...] considerando o nível de renda e gastos, o Brasil ainda exhibe indicadores relativamente baixos de saúde. Em 2004, o gasto total na área de saúde foi estimado em R\$ 147 bilhões (US\$ 50.7 bilhões), ou cerca de 8.3 % do PIB”. Estes valores representaram 44 % do gasto público, sendo 56% constituídos pelo gasto privado. “O gasto real na área de saúde aumentou em média 2% ao ano entre 1995 e 2004. Durante esse período o gasto real anual do governo e o gasto privado aumentaram em média 1,6 e 2,4% respectivamente” (BM, 2007, p. 18-19).

Em seu recente relatório, intitulado “Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e Corporação Financeira Internacional Estratégia de Parceria com o país para a República Federativa do Brasil período de 2008 a 2011”, nº 42677-BR, o BM indica que as estratégias para a saúde consistem em ajudar os governos federal, estaduais e municipais a “[...] encontrar soluções sustentáveis para as pressões relacionadas aos custos em

²⁶⁷ BANCO MUNDIAL, 2007, p. 17.

²⁶⁸ Cf. BANCO MUNDIAL, 2007, p. ii.

²⁶⁹ Cf. BANCO MUNDIAL, 2007, p. 4.

contínuo crescimento, à má qualidade e falta de acesso enfrentados pelos sistemas públicos”. Para isso, o BM orienta a adoção das seguintes medidas: (a) alinhar os incentivos e o fortalecimento da prestação de contas para melhorar a eficiência e o uso dos recursos, aumentar a qualidade da assistência e conter os custos em ascensão; (b) fortalecer a capacidade do sistema de saúde para lidar com a expansão das doenças não transmissíveis²⁷⁰ (DNTs); e (c) considerar as deficiências do mercado de serviços e de seguro privado.

Neste relatório fica evidenciado que o principal objetivo da IFC tem sido apoiar o investimento do setor privado com vistas a tornar o Brasil mais “equitativo e competitivo”. Para alcançar o apoio à participação privada nesses setores, o BM orienta:

Ênfase nos clientes estratégicos, que incluem os provedores de porte relativamente grande com potencial para aumentar o acesso nas áreas pouco atendidas e que são capazes de disseminar melhores práticas e elevar o padrão do setor; Prestação de melhores serviços aos *clientes domésticos* de menor porte – principalmente as empresas de tamanho médio com potencial de crescimento, que desejam aprimorar a sua governabilidade e gestão; Expansão da abordagem das *empresas atacadistas* e do financiamento em moeda local; Fornecimento de assistência a projetos e setores por meio de serviços de assessoria: cooperação com autoridades governamentais e o Banco Mundial para apoiar a introdução de PPPs na oferta de serviços sociais, melhorar o ambiente para os provedores privados e realizar estudos que facilitem a apresentação de novos produtos e disseminem melhores práticas (BANCO MUNDIAL, 2008, p. 87).

Granemann (2007), em seu texto “Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital”, traduz muito bem o que há por trás das orientações do BM. Segundo ela, o que se tenta embutir no Estado, ao lhe “[...] reservar o papel de concorrente dos serviços privados” e se eleger “a lógica empresarial”, é a lógica do lucro; esta é a mesma utilizada “[...] para definir eficácia e eficiência na ação estatal que, na consecução de políticas sociais, opera com lógica inteiramente diversa à da empresa privada”. Nesse sentido, a autora afirma que “[...] as políticas sociais procuram viabilizar o bem-estar da maioria que não pode encontrá-lo no mercado, porque ali somente alguns poderão ter o lucro e a ‘proteção social’ como mercadoria na forma de serviços privados de educação, saúde, previdência, lazer, etc”.

2.3.1 Modelos de Parcerias Público-Privadas na Política de Saúde Brasileira: Inter-relação com Atenção Oncológica

Neste tópico abordaremos alguns exemplos de parcerias público-privadas na saúde, difundidas e de franca expansão no Brasil, bem como os mecanismos de imbricamento

²⁷⁰ A atenção oncológica se encontra nesta categoria.

público e privado utilizados pelo Ministério da Saúde em parceria com os organismos internacionais, na implantação de alguns projetos para a política de atenção oncológica brasileira.

A priori, apresentaremos as instituições com fins filantrópicos que atuam na saúde, por estarem diretamente relacionadas com a política de saúde, representando cerca de 75% das instituições credenciadas pelo SUS para tratar de câncer no país. Na seqüência, trataremos sobre as Parcerias Público-Privado (PPP), nova modalidade de administração e execução de atividades, tradicionalmente executadas pelo setor público; que por meio das PPP têm sido transferidas à esfera de ação do setor privado; a seguir, abordaremos as Parceria Público-Privado existente no INCA. Só então apontaremos as iniciativas de maior relevância na atenção oncológica, adotadas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer, implementadas na última década: Projeto de Expansão da Assistência Oncológica – EXPANDE, Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" – REFORSUS e Projeto de Reequipamento Hospitalar. A análise desses projetos é indispensável para descortinar os interesses e as formas de influências, condicionalidades e intervenção dos organismos internacionais na política de atenção oncológica, bem como para explicitar os mecanismos utilizados de beneficiamento do setor privado pelo público.

2.3.1.1 Instituições Filantrópicas

De acordo com relatos históricos, a origem das instituições filantrópicas e conseqüentemente a origem das primeiras parcerias público-privadas de interesse para o Brasil é de 1498, antes mesmo do seu descobrimento. Segundo Kanamura (2006), neste período em Portugal a Rainha Leonor de Lencastre conclamava os cidadãos portugueses a contribuir financeiramente para o sustento de uma obra social voltada para os pobres de então, criando assim, através de um decreto, a primeira Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, também a primeira do mundo, em 15 de agosto de 1498, aos cuidados de Frei Miguel de Contreiras. Em 1543, 43 anos após o descobrimento do Brasil, foi fundada a primeira Santa Casa de Misericórdia no estado de São Paulo, em Santos, por Brás Cubas, destinanda a atender os enfermos dos navios do porto e moradores.

Conforme Ribeiro (1993), a instalação das Santas Casas no Brasil tem um ponto em comum: foram instituídas “[...] por comerciantes, fazendeiros e, com menor freqüência,

industriais, estimulados pelo pároco, por pessoas piedosas e pelo médico local”; a partir daí, “[...] criavam uma associação, normalmente denominando-a de Santa Casa, destinando a maioria dos seus leitos – quase todos dispostos em enfermarias coletivas – aos pobres e indigentes” (RIBEIRO, 1993, p. 74). De acordo com o autor, alguns leitos eram reservados para os usuários que podiam pagar. O desenvolvimento dessas instituições está relacionado ao desenvolvimento do país e das respectivas localidades. “As seculares se tomaram grandes proprietárias urbanas, graças a doações em vida ou pós-morte de seus maiores benfeitores” (op.cit.).

Essas instituições têm sido isentas de pagamento de diversos impostos e obrigações trabalhistas, o que tem favorecido o seu crescimento no país, bem como o número de leitos e a complexidade tecnológica, constituindo-se, mediante a relação público-privada, em importantes centros médicos e escolas médicas.

Originalmente, as instituições filantrópicas eram caracterizadas pelo trabalho voluntário e filantrópico, em particular o de cunho religioso, além de leigos em enfermagem e médicos. Entretanto, com a urbanização, o assalariamento e o estabelecimento de vínculos empregatícios compulsórios dos empregados, essa característica foi sendo substituída, por força da legislação trabalhista e dos próprios assalariados e de seus sindicatos. E o indigente foi substituído pela figura expandida do segurado ou beneficiário da Previdência Social. Em 1986, iniciou-se o convênio especial entre o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS e os prestadores de serviços (hospitais filantrópicos) e Hospitais Universitários Estaduais via Autorização de Internação Hospitalar – AIH –, sistema de pagamento prospectivo por procedimento.

Atualmente, existem 454 instituições espalhadas por todo o país. Estas detêm 34,6% da capacidade de leitos instalados em todo o território brasileiro, o que significa 171 mil dos 496 mil leitos existentes. Conseqüentemente, 34,6% dos recursos assistenciais estão indo para as instituições filantrópicas, com 32,1% de leitos públicos e 33,2% de leitos privados lucrativos²⁷¹.

Em cerca de 50% dos municípios brasileiros as instituições filantrópicas (com parcerias com o público e o privado) são os únicos serviços de atendimento disponível aos usuários do Sistema Único de Saúde. “As entidades de saúde que detêm título de filantropia contam com diversas isenções tributárias. Mesmo quando mantêm planos próprios de saúde,

²⁷¹ De acordo com Documento Conclusivo apresentado no I Encontro Especial de Provedores das Santas Casas do Brasil. Porto Alegre, 7 de março de 2008.

comercializados no mercado, os hospitais filantrópicos, geralmente Santas Casas, mantêm a isenção” (SCHEFER e BAHIA, 2005, p. 161).

Até março de 2008 havia registro na ANS de 103 planos de saúde comercializados por instituições filantrópicas. Vale ressaltar que as instituições filantrópicas recebem a isenção de impostos, bem como a menor incidência de tributos sobre as cooperativas médicas, mesmo aquelas que vendem planos de saúde. Recaem sobre os planos e seguros de saúde tributos municipais (Imposto Sobre Serviços – ISS) e federais: Cofins, PIS/Pasep, Imposto de Renda Pessoa Jurídica – IRPJ, Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), contribuição de empregados e empregadores ao INSS, Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguros – IOF, além da Taxa de Saúde Suplementar, cobrada anualmente *per capita*/beneficiário.

As principais características associadas às instituições filantrópicas foram descritas por Beres (2007) da seguinte maneira: quanto à natureza jurídica – basicamente são constituídas como associações e fundações privadas, o que significa que na prática podem se intitular como Organizações não Governamentais (ONGs), Organização Social (OS), ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Entretanto, formalmente estão registradas sob o caráter de associação ou fundação.

Beres (2007) destaca que ao serem isentas de tributos, essas instituições passam a ser “[...] legalmente isentas de tributos sobre o lucro, e dispõem de tratamento privilegiado em outros impostos, tais como os que incidem sobre folha de pagamento de pessoal”. Além disso, “[...] quando dispõem de titulação como (OS) ou (OSCIPs) ficam também liberadas do processo de licitação para contratos com órgãos públicos” (BERES, 2007, p. 2.).

Conforme Aciole (2006), “[...] as isenções tributárias que beneficiam os estabelecimentos de saúde” (op.cit., p. 276), denominados de filantrópicos, na realidade, muitas vezes ocultam o caráter empresarial de que se reveste a maioria dessas instituições, especialmente os estabelecimentos hospitalares. De acordo com o autor: “Seguramente, a isenção de taxas e impostos, no caso das filantrópicas (por exemplo, as Santas Casas) é praticamente total e constitui fator atenuante na compatibilização dos custos finais de funcionamento de um estabelecimento dessa natureza” (op.cit.).

Essas instituições devem ter “caráter não lucrativo”, ou seja, seu objetivo operacional não deve incluir obtenção de lucro, embora as diversas instituições filantrópicas que atuam na

prestação de serviços de saúde atendam também a demandas privadas e/ou conveniadas aos planos de saúde privados, o que caracteriza a obtenção de lucro²⁷².

Quanto à “produção de bens e serviços públicos”, as instituições filantrópicas, portanto, privadas não lucrativas, devem produzir, principalmente, bens coletivos, podendo ser financiadas por vendas diretas, contribuições pessoais, transferências governamentais e esforço voluntário de trabalho ou doação de bens em espécie. A composição de seu quadro de pessoal conta tanto com trabalhadores celetistas, como com a participação de voluntariado (sem remuneração) no conjunto da mão-de-obra.

O setor filantrópico no Brasil compõe as seguintes áreas: Cultura e Recreação; Educação e Pesquisa; Saúde²⁷³; Assistência Social; Desenvolvimento e Defesa de Direitos; Internacionais; Instituições Religiosas e Associações Profissionais²⁷⁴.

Na saúde, Aciole (2006) afirma que

[...] o estatuto de filantrópico tem sido perseguido pelos mais variados tipos de prestadores hospitalares com a precípua intenção de gozar das isenções e benesses da legislação, muito mais do que atuar na prestação de serviços voluntária e sem caráter lucrativo, como a condição parece sugerir à primeira vista (op. cit., p.272).

E isso não acontece por acaso, pois, como conclui Beres (op.cit.), as instituições privadas sem fins lucrativos – instituições filantrópicas²⁷⁵ – vêm demonstrando ser uma importante expressão econômica no país em suas diversas áreas de atuação, chegando a ter uma participação econômica, em 2002, comparada aos setores de fabricação e manutenção de máquinas e motores, e ao de transporte, alcançando o patamar aproximadamente cinco vezes maior que os de fabricação de automóveis, caminhões e ônibus, e da indústria têxtil²⁷⁶.

²⁷² ACIOLE, op. cit.

²⁷³ Particularmente as instituições conhecidas como Santas Casas, herança colonial portuguesa que se difundiu e desdobrou num verdadeiro sistema de assistência à pobreza. A primeira Santa Casa de Misericórdia data de 1543 e funciona até hoje em Santos (SP).

²⁷⁴ Beres (op. cit.) classificou “Desenvolvimento e Defesa de Direitos” como a categoria que inclui as instituições dedicadas à definição de políticas, campanhas e estudos sobre o meio ambiente, instituições dedicadas ao treinamento profissional, organizações de direitos humanos e políticos e de filantropia.

²⁷⁵ Desde 2004 a Polícia Federal (PF), com apoio do Ministério da Previdência Social, vem investigando mais de 60 entidades das áreas de saúde e educação, que sob o título de filantrópicas têm fraudado os cofres públicos em mais de R\$ 4 bilhões nos últimos quatro anos. Disponível em <http://www.estadao.com.br/nacional/not_nac140538,0.htm> Acesso em 11 de agosto de 2008.

²⁷⁶ Cf. BERES, 2002.

2.3.1.2 *Parceria Público-Privada – PPP*

Com a introdução do neoliberalismo e a adoção da contra-reforma do Estado, justificada por sua crise fiscal e pela incapacidade administrativa do poder público, o setor privado, sob o discurso da ineficiência e ineficácia do setor estatal, vem adquirindo, via privatizações, as empresas estatais de maior rentabilidade.

Sob a lógica neoliberal, o Estado tem sido orientado a reduzir seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se apenas no papel de regulador, provedor ou promotor destes; tal discurso é baseado no artigo 174 da CF/1988: “Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado”.

Em 1990, sob a lei 8.031²⁷⁷, o governo Fernando Collor de Mello instituiu o Programa Nacional de Desestatização. Este programa visava transferir à iniciativa privada as atividades indevidamente exploradas pelo setor público, e com isso “reordenar a posição estratégica do Estado na economia”, permitindo à iniciativa privada a retomada de investimentos nas empresas e atividades que foram transferidas a ela por meio das privatizações. Com essas medidas o governo buscava “[...] contribuir para a reestruturação econômica do setor privado”²⁷⁸.

Conforme o art. 2º desta lei, poderão ser privatizáveis: empresas e instituições financeiras controladas direta ou indiretamente pela União, instituídas por lei ou ato do Poder Executivo; empresas criadas pelo setor privado e que, por qualquer motivo, passaram ao controle direto ou indireto da União; serviços públicos objeto de concessão, permissão ou autorização; instituições financeiras públicas e estaduais que tenham tido as ações de seu capital social desapropriadas, na forma do Decreto-Lei nº 2.321, de 25 de fevereiro de 1987. Desta forma, segundo Alvarenga (2005), o governo “[...] tentou substituir o antigo modelo burocrático por uma nova Administração Pública Gerencial, focada nos resultados e não mais no controle rígido dos procedimentos”.

As *Public Private Partnership* ou Parcerias Público-Privadas (PPPs) consistem numa parceria instituída entre o poder público e uma empresa privada, através de contrato

²⁷⁷ Cf. BRASIL, 1990. Posteriormente esta lei foi alterada pelas leis nº 9.491/97, 9.700/98 e medidas provisórias 2.161-35/2001 e 246/2005.

²⁷⁸ Cf. ALVARENGA, 2005.

administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa, constituindo-se assim como uma nova modalidade de delegação de atividades tradicionalmente executadas pelo setor público, transferidas à esfera de ação do setor privado. As PPPs foram propagadas inicialmente na Inglaterra²⁷⁹, nos anos 1980, sob o governo de Margareth Thatcher, porém só foram implantadas em 1992, como “Private Finance Initiative”. Nos anos subsequentes foram adotadas em diversos países, como Portugal, Holanda, Irlanda, África do Sul, Canadá, México²⁸⁰ e Chile.

No Brasil, as PPPs surgem como um desdobramento natural da “inviabilização” fiscal e financeira do Estado brasileiro e como “marco regulatório de setores”, dando seguimento ao processo, iniciado com o Programa Nacional de Publicização, que alavancou a cooperação entre os setores públicos e privados a partir de maio de 1998, sob a Lei nº 9.637²⁸¹. Este método de “financiamento de projetos” foi trazido para o país como forma de “[...] incentivar o investimento privado em obras públicas de infra-estrutura estratégica, mediante a garantia de retorno do capital investido ao parceiro privado”²⁸². E está regulamentado pela Lei Federal nº 11.079, de 2004, pela qual foram estabelecidas as diretrizes e condições para a contratação desta parceria e criadas as modalidades de “concessão patrocinada” e “concessão administrativa”²⁸³.

Nos termos da Lei 11079/2004, na concessão patrocinada, a remuneração do parceiro privado vai envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público. Enquanto a concessão administrativa envolve, tão-somente, contraprestação pública, pois se aplica nos casos em que não houver possibilidade de cobrança de tarifa dos usuários.

De acordo com o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, as PPPs devem ser entendidas como um contrato de prestação de serviços de médio e longo prazo (de 5 a 35

²⁷⁹ De acordo com GARZON (2004) na Inglaterra, em função da democracia, justiça social e transparência vêm sendo substancialmente revistas as PPP. Segundo o autor, lá os Tribunais de Contas do país tem avaliado prévia e detidamente a pertinência ou não de parcerias privadas, caso a caso. Esta atitude veio em consequência de inúmeros casos de abusos tarifários e de perda de qualidade dos serviços. Daí, a partir de 2000, foram adotados controles muito mais rígidos sobre as concessionárias privadas. “Por conta disso, algumas empresas privadas de serviços de água e saneamento desistiram das concessões, a exemplo de Gales, em que ocorreu uma emblemática ‘desprivatização’” (op.cit., p. 1).

²⁸⁰ Segundo GARZON (op.cit.), no México, “[...] adotaram-se, a partir de 1994, associações público-privadas nos setores de saúde, armazenamento, energia, transportes e saneamento. No início, a aprovação dos usuários mexicanos chegava a 60%. A última mensuração feita em 2001 apontava para um índice de satisfação de apenas 20%. Além do encarecimento e, em alguns casos, da piora dos serviços, constatou-se uma crescente monopolização de sua oferta por conglomerados transnacionais” (GARZON, op.cit., p. 1).

²⁸¹ Cf. BRASIL, 1998.

²⁸² Cf. GABRIEL, 2005.

²⁸³ Cf. BRASIL, 2004.

anos) firmado pela Administração Pública, cujo valor não seja inferior a vinte milhões de reais, sendo vedada a celebração de contratos que tenham por objeto único o fornecimento de mão-de-obra, equipamentos ou execução de obra pública. Na PPP, a implantação da infraestrutura necessária para a prestação do serviço contratado pela Administração pública dependerá de iniciativas de financiamento do setor privado e a remuneração do particular será fixada com base em padrões de desempenho, e será devida somente quando o serviço estiver à disposição do Estado ou dos usuários.

Conforme Alvarenga (2003), nas PPPs “[...] compete ao parceiro privado levantar recursos necessários aos investimentos iniciais no projeto, como a construção da infraestrutura exigida para a prestação dos serviços contratados e as despesas pré-operacionais em geral”. O investidor pode empregar recursos próprios na realização dos investimentos necessários ao projeto, constituindo a Sociedade de Propósito Específico (SPE), exigida pela lei federal para explorar a PPP, com capital 100% próprio ou em sociedade, podendo também o investidor buscar financiamento externo em bancos, agências multilaterais ou de fomento à exportação.

A modalidade PPP tem sido apoiada e estimulada pelas instituições financeiras multilaterais, como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Fundo Monetário Internacional, a exemplo do documento elaborado pelo Banco Mundial em 2003, chamado “Estratégia de Assistência ao Brasil 2004-2007”²⁸⁴. Neste documento, o BM afirma explicitamente seu apoio às Parcerias Público-Privadas.

Segundo a Rede Brasil²⁸⁵, a influência política do Banco Mundial no Brasil se dá na mesma proporção de seu peso econômico. Por exemplo, em 2004, a instituição liberou R\$ 3,68 bilhões em projetos elaborados por entidades públicas brasileiras; este valor equivale a 69% do total de investimentos aplicados pelo governo federal no mesmo período, que foi de R\$ 5,38 bilhões.

Desta forma, o BM tem exercido influência nos rumos das políticas públicas brasileiras, a exemplo da linha de financiamento aprovada por este em 19 de fevereiro de 2004, de nome “Primeiro Empréstimo Programático para o Crescimento Equitativo e

²⁸⁴ Cf. BANCO MUNDIAL, 2003.

²⁸⁵ Instituição não governamental, criada em 1995 por diversas organizações e movimentos sociais que acompanham e criticam a atuação das instituições financeiras multilaterais no Brasil, como o Grupo Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e o Fundo Monetário Internacional – FMI. Disponível em < <http://www.rbrasil.org.br/>> Acesso em 08 de agosto de 2008.

Sustentável”²⁸⁶, cujo objetivo era apoiar uma “agenda de crescimento” que consistisse “não apenas em aprovar leis (ou emendas constitucionais, etc.), mas também em (a) definir abordagens a interações público-privadas, (b) reforçar a capacidade de agências para planejar e regular e (c) aplicar leis e regulamentos de maneira consistente e previsível.

No Relatório do Banco Mundial de 6 de maio de 2008, nº 42677-BR, de nome “Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e Corporação Financeira Internacional Estratégia de Parceria com o país para a República Federativa do Brasil período de 2008 a 2011”²⁸⁷, o BM aponta propostas e diretrizes para uma Estratégia de Parceria com o Brasil. Nele são definidas normas de engajamento e descritas algumas das principais ações que estão previstas para os próximos dois anos.

Conforme o Relatório nº 42677-BR do BM, em 2008, as Estratégias de Parceria com o País – EPP representam a resposta do Banco a um Brasil em mudança e em evolução. A filosofia desta estratégia se baseia no fato de que, em um grande e complexo país de renda média:

O Grupo Banco Mundial não deve engajar-se em áreas nas quais o Brasil possui conhecimento e capacidade de administração própria;
 O Grupo Banco Mundial não pode atuar como um “governo paralelo” no Brasil, buscando envolvimento em todos os desafios enfrentados pelo País;
 O Grupo Banco Mundial deveria focar principalmente os desafios estruturantes de longo prazo, para os quais o Brasil ainda não encontrou soluções e a experiência internacional da entidade pode ter especial valor, que foram identificados pelos líderes brasileiros como desafios paradigmáticos;
 A IFC e o BIRD devem trabalhar de modo mais integrado na abordagem desses desafios; e da sociedade;
 O trabalho analítico do Banco precisa se concentrar menos em “o quê” e mais em “como”, e na melhor interação das atividades de conhecimento, de financiamento e dos fundos fiduciários (BANCO MUNDIAL, 2008).

Para isso, o BM conta com a participação do *International Finance Corporation* – IFC²⁸⁸, organismo internacional multilateral que complementar a sua participação (BM), trazendo investimentos do setor privado para as cidades por meio de financiamento para habitação, PPPs em infra-estrutura, saúde e educação.

²⁸⁶ Cf. BANCO MUNDIAL, 2004.

²⁸⁷ International Bank for Reconstruction and Development and International Finance Corporation Country Partnership Strategy for the Federative Republic of Brazil for the period fy 2008-2011. Cf. BANCO MUNDIAL, 2008.

²⁸⁸ International Finance Corporation – IFC consiste em um organismo internacional multilateral, que além de ser o braço financeiro do Banco Mundial (BIRD), é especialista em modelagem de projetos de infra-estrutura de grande porte. Cf. BRASIL, 2006. *PPP: governo faz consulta a potenciais investidores*. Disponível em <<http://www.planobrasil.gov.br/noticia.asp?cod=1100>> Acesso em 12 de julho de 2008.

Conforme o BM (2008), ao apoiar a Estratégia para o Setor Privado, o IFC enfocará seis áreas. São elas: Ampliar o acesso ao crédito e o desenvolvimento de mercados de capital aos microempresários, pequenas empresas e companhias do Nível 2; As empresas do Nível 2 serão apoiadas, especialmente nos setores de indústria em geral e agronegócio; Fortalecer a infra-estrutura e a logística, incluindo saúde e educação, por meio de uma maior participação privada e de financiamento em moeda local; Desenvolver o ambiente para negócios, ajudando as pequenas empresas a participar da economia formal e expandindo a competitividade do País; Promover a sustentabilidade adotando padrões mais altos de governança corporativa e de desempenho ambiental e social; Contribuir para o desenvolvimento sustentável da Região Amazônica; Apoiar a aspiração de liderança global do setor privado, financiando os investimentos das empresas brasileiras nos mercados emergentes, especialmente os países da AID, promovendo a sustentabilidade e enfrentando os desafios das mudanças climáticas no mundo.

De acordo com o BM (2008), a Estratégia para o Setor Privado brasileiro serve de apoio aos três principais pilares da Estratégia de sua Parceria com o Brasil, que são: equitativo, sustentável e competitivo, conforme tabela (1) a seguir.

Tabela 1 Objetivos da Estratégia para o Setor Privado do Grupo Banco Mundial

Brasil Equitativo	Brasil Sustentável	Brasil Competitivo
<ul style="list-style-type: none"> • Governança corporativa • Saúde e educação • Padrões ambientais e sociais • Acesso dos pobres urbanos e rurais a serviços básicos • Financiamento habitacional para grupos de renda média e baixa • Investimento em regiões de fronteira – Amazonas e Nordeste 	<ul style="list-style-type: none"> • Padrões ambientais e sociais • Governança corporativa • Financiamento para Sustentabilidade • Energia renovável • Amazônia • Mudança climática 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso financeiro e desenvolvimento dos mercados de capitais • Empresas do nível 2 – Setor de indústria em geral e Agronegócio • Infra-estrutura e logística, incluindo saúde e educação • Melhor ambiente de negócios • Inserção das empresas brasileiras no mercado global

Fonte: Banco Mundial 42677/2008.

Esses pilares abrangem especialmente o objetivo corporativo da IFC de promover a sustentabilidade Meio Ambiente e Salvaguardas (MAS), Governança Corporativa, investir em

saúde, educação e energias renováveis, assim como tratar das questões relacionadas às mudanças climáticas²⁸⁹.

A IFC tem fornecido assessoria ao Brasil na implementação das PPPs e, ao mesmo tempo, tem investido de modo seletivo em infra-estrutura, objetivando com isso abranger seus investimentos nos setores de transporte, logística, água, saneamento, saúde, educação e eletricidade²⁹⁰.

2.3.1.3 Parceria Público-Privada no INCA

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é um órgão do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para a prevenção e controle do câncer no país.

Como já abordamos, a relação público-privada está explícita e regulamentada na atenção oncológica no Brasil desde a década de 1920, primórdio das ações contra o câncer no país. No INCA, a relação público-privada existe há cerca de 17 anos, quando foi estabelecido uma parceria com a Fundação Ary Frauzino (FAF), entidade privada sem fins lucrativos, criada em 1991, que desde então vem desempenhando funções administrativas ao lado da administração do instituto. Sua principal receita advém do Sistema Único de Saúde (SUS), através da remuneração pelos serviços de assistência oncológica prestados pelo INCA. É gerida por um conselho de diretores e curadores voluntários que viabilizam doações e financiamentos de empresas públicas e privadas de entidades nacionais e internacionais.

Por sua flexibilidade operacional, a FAF tem sido responsável pela administração de recursos humanos, materiais e tecnológicos do INCA; além de apoio à pesquisa e desenvolvimento tecnológico, suas atividades e aplicações dos recursos estavam reguladas pelas determinações da Resolução 68/79 do Ministério Público do Rio de Janeiro (legislação específica que dispõe sobre as Fundações no Estado) e tem sido fiscalizada, por auditores credenciados que amparam o Conselho Fiscal da Fundação.

Em setembro de 2008, por meio da Portaria Ministerial 2.024/2008, o MS estabeleceu um acordo que fortalece ainda mais a parceria público-privada no INCA, mediante a adoção de um novo modelo de gestão. Através desta portaria ficam previstas, por meio de um Plano Operativo, as definições de metas pactuadas entre o Ministério da Saúde, o

²⁸⁹ Cf. BM, 2008, p. 76.

²⁹⁰ Cf. BM, 2008, p. 86.

INCA e as secretarias estadual e municipal de Saúde do Rio de Janeiro, propondo assim uma mudança de fluxo dos recursos. Com isso, o Instituto receberá um orçamento adicional R\$ 54 milhões²⁹¹ do MS. Atualmente o orçamento do INCA é de R\$ 330 milhões.

De acordo com o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, “[...] o aprimoramento da gestão aumenta o controle sobre os gastos e permite a avaliação dos resultados dos investimentos do governo no controle do câncer no país, com informações da Agência Saúde”. A contrapartida do INCA, ao receber estes recursos, será o cumprimento de metas de atendimento e de qualidade para as atividades de assistência, educação, pesquisa e ações nacionais. O contrato para desenvolvimento de projetos com foco em ensino, pesquisa e apoio institucional tem prazo até 2010 e também estabelece objetivos, metas e indicadores para acompanhamento de resultados.

Dentre as metas definidas pelo Plano Operativo, destacam-se:

Qualidade da assistência: satisfação do usuário com os serviços prestados, controle e redução das taxas de infecção e mortalidade hospitalar; Gestão hospitalar: aumento da eficiência dos centros cirúrgicos, manutenção e aumento da eficiência do tratamento e da ocupação de leitos; Atividades educacionais e de pesquisa: avaliação da atividade docente e inserção dos profissionais formados na rede pública; Ações nacionais de prevenção e controle do câncer.

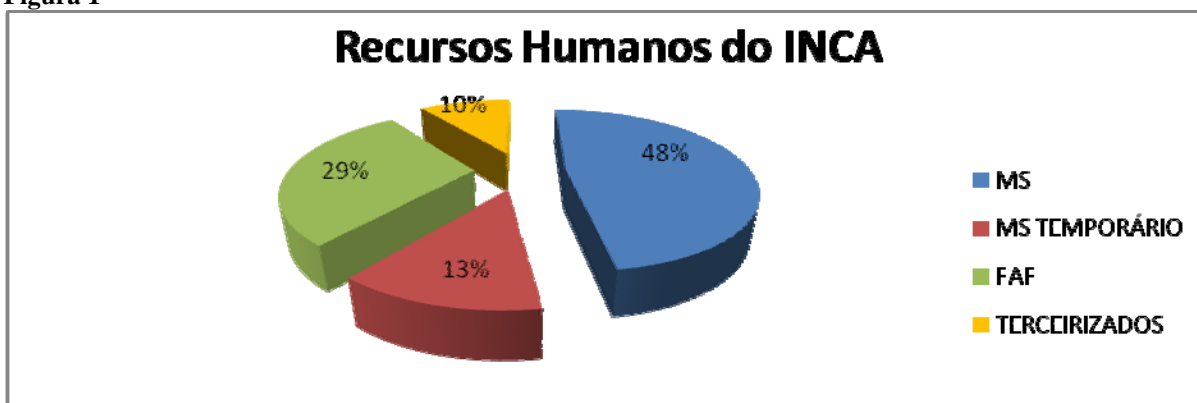
Também está previsto o investimento no Instituto Nacional de Câncer de recursos oriundos do Programa Mais Saúde do Ministério da Saúde, além da construção do novo complexo do Instituto Nacional de Câncer no Rio de Janeiro, da criação de centros técnico-científicos macrorregionais do INCA no país e de dois novos centros de alta complexidade em câncer no Estado do Rio.

Vale ressaltar que neste novo modelo de gestão implantado no INCA, a lógica administrativa é a lógica empresarial, a lógica do lucro, atribuída para definir eficácia e eficiência na ação estatal que, na execução da política de saúde, mantém o contrato com a iniciativa privada, no caso, com a FAF, ou seja, através da FAF o INCA tem sido regido pelo direito administrativo privado, numa forma de descentralização da gestão, mas vinculado organizacionalmente ao seu órgão instituidor (no caso, o Ministério da Saúde) e tendo sua funcionalidade modulada (tutelada) pelo contrato de gestão e pelo direito administrativo.

²⁹¹ Recursos na ordem de R\$ 54 milhões anuais serão incorporados ao teto financeiro de média e alta complexidade do estado e município do Rio de Janeiro, para o custeio dos serviços especializados em oncologia do INCA.

A FAF constitui uma fundação privada de direito privado, embora atue diretamente vinculada a um hospital público. O que lhe dá autonomia para contratação de pessoal para o órgão público, por meio de concurso, pelo regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), e para estabelecer tabelas salariais próprias, além de, no tocante à compra de materiais e equipamentos, a FAF, pode fazê-lo com maior agilidade de licitação. De acordo com Santini (2007), até maio de 2007 a mão-de-obra do INCA era constituída por 4.214 trabalhadores; destes, apenas 2.009 eram regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU). Isso significa que apenas 48% tinham estabilidade no emprego. Confira na figura 1:

Figura 1



Fonte: OMENA, 2008, com base nos dados apresentados por SANTINI, 2007.

A relação público e privado no INCA não é restrita à FAF; ela se estende a outras instituições, conforme Santini (2007), por meio de projetos têm estabelecido parcerias com outras Empresas e Instituições, nacionais e estrangeiras, públicas e privadas; além disso, destacam-se, segundo o autor, os principais parceiros e patrocinadores, que são: o Ministério da Saúde, o BNDES, a OPAS, o Grupo ARCELOR, o Instituto AVON, a ELETROBRAS, a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), a Financiadora de Estudos de Projetos e Programas (FINEP), a FURNAS Centrais Elétricas, a PETROBRAS, o Instituto Ronald McDonald, a Swiss Bridge Foundation, o Johns Hopkins-Bloomberg e a National Jewish MRC.

Vale ressaltar que o modelo de gestão implantado no INCA em 2008 segue as recomendações apontadas pelo BM em 2007, o qual recomendava a adoção de um modelo de gestão autônoma às grandes unidades de saúde – grandes hospitais de referência –, que deveriam “[...] receber autonomia total sobre o gerenciamento e aplicação de seus recursos físicos e humanos, tendo apenas que seguir as políticas de saúde do SUS e cumprir um conjunto de objetivos e metas previamente definidos”.

De acordo com as recomendações do BM, o sucesso desse modelo de gestão só será possível por meio de um contrato de gestão que estabeleça previamente as “[...] responsabilidades e autoridades da unidade, os objetivos e metas a serem alcançados e as atividades a serem desenvolvidas, a necessidade de recursos, critérios claros de avaliação do desempenho da unidade, e penalidades para o não-cumprimento dos objetivos”. Vale ressaltar que, conforme o próprio relatório do BM (2007), “[...] o contrato de gestão tem sido reservado a modelos de gestão autônoma ou privatizada”²⁹².

Portanto, para alcançar as metas esperadas neste novo modelo de gestão – em nome do maior e melhor desempenho nos hospitais públicos – o BM recomenda: contratos de serviços, cumprimento dos contratos, financiamento baseado na lógica do desempenho, e mais, gerenciamento de recursos humanos flexível, além de um sólido ambiente de informações. Com isso, a parceria público-privada será fortalecida e o capital terá a garantia de sua expansão e lucratividade.

2.3.1.4 Projeto EXPANDE

O Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (EXPANDE) consiste em uma estratégia criada pelo INCA do Ministério da Saúde visando à ampliação da assistência oncológica no Brasil pela implantação de serviços que integram os diversos tipos de recursos necessários à atenção oncológica de alta complexidade em hospitais gerais espalhados nas cinco regiões brasileiras.

Regulamentado em 1998 pelo Ministério da Saúde, executado pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde (Portaria GM/MS nº 3.535, de 2 de setembro de 1998)²⁹³ e aprovado em 2000 pelo Ministério da Saúde, o Projeto Expande está sendo implantado em um trabalho conjunto pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Secretaria Executiva (SE) e pelo Instituto Nacional de Câncer, todos ligados ao Ministério da Saúde.

De acordo com Kligerman (2000) até 2000, existiam 267 unidades cadastradas no SUS para a prestação de serviços oncológicos, sendo 76 CACON sem serviço próprio de radioterapia, 69 CACON com serviço próprio de radioterapia, 80 serviços isolados de quimioterapia e 42 serviços isolados de radioterapia. A grande maioria dos serviços isolados de quimioterapia e todos os serviços isolados de radioterapia são privados com fins lucrativos;

²⁹² BANCO MUNDIAL, 2007, p. 77.

²⁹³ Cf. BRASIL, 1998(b).

e, entre os 145 CACON, 51 são hospitais universitários, 15 públicos não universitários, 57 filantrópicos e 22 privados com fins lucrativos.

A principal estratégia de expansão da assistência oncológica no país foi a implantação de Centros de Alta Complexidade de Oncologia com radioterapia, cujo objetivo tem sido o de romper com o atual modelo assistencial, marcado pela centralização da atenção oncológica nos grandes centros urbanos, proveniente do crescimento desordenado da oferta de serviços oncológicos, orientando assim a ampliação da cobertura assistencial a partir da realidade epidemiológica, estimulando o crescimento ordenado da oferta de serviços, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, que possuem uma inadequada distribuição geográfica dos serviços de saúde.

O MS investiu R\$ 44 milhões neste projeto a fim de aumentar a capacidade instalada de assistência integral da atenção oncológica para cerca de 14 milhões de brasileiros do SUS, a partir da “Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia” (Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005), originada da Ação do Plano Plurianual do Projeto Expande. Foram três os critérios que orientaram este projeto: validade social (máxima cobertura possível), validade estratégica (atendimento a área pouco coberta) e validade política (integralidade de ações, integração de serviços e articulação pactuada de todos os envolvidos).

Vale ressaltar que quanto à expansão dos serviços de saúde nas regiões mais pobres do país, como a região Nordeste, o BM (2003) em seu relatório: *Uma parceria de resultados: o Banco Mundial no Brasil* faz menção de investimento de recursos consideráveis das instituições internacionais em parceria com o Brasil com esse propósito.

De acordo com o INCA, para a implantação ou ampliação da capacidade instalada de UNACON ou de CACON, foram desenvolvidas pelo INCA/MS quatro critérios (etapas) de necessidade e de gestão, baseados na Portaria MS/SAS de 19/12/2005 e nos Pactos Pela Saúde do SUS, objetivando hierarquizar os estados quanto a sua candidatura:

1º- avaliada a necessidade ou não de ampliação da capacidade instalada em radioterapia na região ou no estado (1º etapa).

2º- Cada estado poderá apresentar a candidatura de diferentes unidades hospitalares, incluídas em seu Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI) e programadas para compor a Rede de Atenção Oncológica, desde que obedecidos os critérios de necessidade já mencionados. Para hierarquizar as propostas de hospitais, foram criados critérios de análise da estrutura e da gestão hospitalar, baseados na Portaria MS/SAS de 19/12/2005 (2ª etapa).

Nessa etapa, foram selecionados os hospitais que receberam visita técnica do INCA. Segundo o INCA, os critérios de exclusão desta segunda etapa são:

A) - ser estabelecimento de saúde privado com fins lucrativos; B) - ser um hospital geral com menos de 100 leitos, excetuando os leitos obstétricos e pediátricos, ou sem UTI e C) - propostas sem a concordância do gestor municipal, CIB regional (instâncias regionais de gestão do SUS) e CIB estadual.

Após a segunda etapa, foram definidos os estados e hospitais para implantação ou ampliação da capacidade instalada de UNACON ou CACON e elaborado um Termo de Intenções com as exigências, abaixo relacionadas, para os estados e os hospitais selecionados (3ª etapa).

Aprovação da Unidade selecionada pelo gestor municipal, instância regional de gestão do SUS e CIB estadual;
 Pactuação na instância gestora regional e CIB estadual dos fluxos assistenciais e dos recursos financeiros para a realização dos exames de diagnóstico, estadiamento e seguimento dos pacientes da região;
 Elaboração do Projeto Arquitetônico da Unidade Oncológica (com exceção dos cálculos para a casamata, que dependem de definição da marca do equipamento) e outros projetos necessários no hospital para adaptação aos regulamentos técnicos existentes (ANVISA, SAS/MS);
 Garantia dos recursos para as obras, com o cronograma físico-financeiro definido;
 Apresentação da estratégia para contratação e fixação dos profissionais da oncologia, e
 Elaboração de Plano de Trabalho contendo todas as metas a serem alcançadas pelo hospital (incluindo as adaptações necessárias na estrutura hospitalar geral para cumprimento da Portaria MS/SAS 741/05), definindo os recursos, prazos e responsabilidades.

Nessa etapa, o INCA analisou e emitiu o parecer sobre o cumprimento do “Termo de Intenções” pelo estado e hospital. Para a conclusão do processo foi necessária a assinatura do “Termo de Convênio ou Protocolo de Mútua Cooperação Técnico-Científica”, definindo as contrapartidas de todos os entes envolvidos no projeto. E só então foi iniciado o processo de aquisição dos equipamentos de radioterapia pelo INCA (4ª etapa)²⁹⁴.

2.3.1.5 Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" – REFORSUS

O Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" – REFORSUS – consistiu no maior projeto de investimento do Ministério da Saúde em parceria com o Banco Interamericano de

²⁹⁴ Cf. BRASIL, 2005. **Expansão da Assistência Oncológica no Brasil - Projeto Expande**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=126> Acesso em 23 de junho de 2003.

Desenvolvimento – BID (Acordo N.º 0951/OC-BR, firmado em 16/3/97, no valor de US\$ 350 milhões), e o Banco Mundial – BIRD (Acordo N.º 4047 – BR, firmado em 27/9/96, no valor de US\$ 300 milhões), e pela contrapartida nacional no montante de US\$ 100 milhões. Do total de contrapartida, a União responde por US\$ 10 milhões, enquanto o encargo de apresentar os 90% restante, recai sobre os beneficiários do projeto (estados, municípios e entidades filantrópicas)²⁹⁵. Este projeto integrou o Plano de Metas do Ministério da saúde PPA 2000/2003 do governo federal, sendo a administração da sua Unidade Gestora custeada pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS²⁹⁶.

Vale ressaltar que o Plano Plurianual – PPA foi instituído na Constituição de 1988, sob a Lei n.º 9.989, de 24/7/2000, e definiu a alocação dos recursos orçamentários nos quatro anos subseqüentes, condicionando a elaboração, no período 2000-2003, das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO, também surgida em 1988) e das Leis Orçamentárias Anuais (LOA). Nesta proposta (PPA 2000/2003) foram previstos os investimentos a cargo de estados e municípios e do setor privado.

De acordo com Rizzotto (2000, p. 221), o Ministério da Saúde, em outubro de 1995, apresentou um projeto para obter financiamento externo para seu setor, intitulado: REFORSUS (Reforço à Organização do SUS); posteriormente este nome foi redefinido pelo Ministério da Saúde como *Reforço à Reorganização do SUS*. Entretanto, conforme Rizzotto (op. cit.), esta nomenclatura foi alterada nos Contratos de Empréstimos assinados entre o Brasil, o BID e o BIRD (Banco Mundial), seus co-financiadores, para *Projeto de Reforma do Setor de Saúde*, “[...] revelando uma ‘evolução’ das pretensões explícitas inicialmente no referido projeto, ou seja, da intenção inicial de ‘reforçar’ o SUS para o propósito de reformar o setor de saúde”.

Os objetivos do REFORSUS, expressos no contrato de empréstimo com o BIRD, “[...] são a melhoria da prestação de serviços de saúde nos territórios do Tomador e a assistência na *introdução de reformas de política no setor de saúde do Tomador, relativas ao*

²⁹⁵ Cf. BRASIL, 2003.

²⁹⁶ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) é o organismo internacional de saúde pública mais antigo do mundo, com mais de cem anos de existência. Sua sede está localizada em Washington, EUA, de onde são emanadas diretrizes de ações aos seus 27 escritórios de representação regional e nove centros científicos e técnicos. A OPS colabora com os países membros, incentivando o intercâmbio de informação técnica, auxiliando-os a mobilizar recursos destinados à saúde e prestando assistência técnica em áreas específicas. Atua em cooperação com os Ministérios de Saúde dos Estados Membros, outros governos e organismos internacionais, organizações não governamentais, universidades, grupos da comunidade e outras entidades com o propósito de fortalecer os sistemas de saúde (MENDES; MARZIALE, 2002).

Sistema Único de Saúde” (grifos do autor) (Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR, 1996, p.20).

Rizzotto (2000) chama-nos a atenção para o fato de que, nos contratos de empréstimos com o BIRD e o BID, havia referência à carta de Política de Saúde enviada em 1996, aos presidentes destes dois Bancos, pelo governo brasileiro. Assim, em ambos os contratos há o compromisso nacional com os agentes internacionais de estabelecer reformas no setor da saúde. Conforme Rizzotto (op.cit., p. 221-222):

No contrato assinado com o BID, a Cláusula 4.04 diz que “as partes concordam que o Aviso Ministerial MS/486/GM, de 02/07/96, dirigido ao presidente do Banco, indica os objetivos e políticas do SUS e o compromisso de estabelecer reformas no setor de saúde” (Contrato de Empréstimo N.º 951/OC – BR, 1997, p.5). No contrato com o BIRD está explícito que, “através de correspondência, datada de 07 de maio de 1996 (doravante denominada de Carta de Política de Saúde) do Tomador ao Banco, o Tomador indicou seu compromisso de introduzir reformas em seu setor de saúde” (Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR, 1996, p.2).

Conforme Rizzotto, as principais reformas apontadas pelo Ministério da Saúde na “carta” são: “Processo de descentralização e a criação de estratégias para a responsabilização dos níveis estaduais e municipais”²⁹⁷; “Financiamento dos prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde”²⁹⁸; Preocupação com a situação dos prestadores de serviços privados²⁹⁹.

Assim, no final de 1996, o REFORSUS foi instituído por meio de um acordo de empréstimo³⁰⁰ celebrado entre o governo brasileiro, então Fernando Henrique Cardoso, e os

²⁹⁷ Conforme Rizzotto (op. cit.). “Isto estaria sendo efetivado, segundo o Ministro, por meio da revisão da Norma Operacional Básica-93; do estabelecimento de acordos financeiros com as esferas subnacionais de governo; e da criação de uma “listagem de incentivos” que deveriam “acelerar o processo de reforma” de maneira que, “by 2005 the SUS should be operating on the basis of universality, with an equitable allocation of resources, and full decentralization of management functions” 14 (Report N.º 15522-BR, p.79)”.

²⁹⁸ De acordo com Rizzotto, (op. cit., p. 222). “Neste caso, a Carta anuncia a adoção de medidas para assegurar uma ‘compensação adequada’ pelos serviços prestados, como, por exemplo, o reajuste de 25% efetuado nos custos das internações e dos procedimentos ambulatoriais, e a introdução de um ‘mechanism for the regular revision of health care service providers’ fee schedules and to update them on the basis of estimates that are closer to the cost of current health care practices. In addition, we plan to publish new fee schedules including differential adjustments based on which procedures are most cost-effective and full payment for diagnostic or treatment procedures’ (Report N.º 15522 – BR, p. 77)”.

²⁹⁹ Segundo RIZZOTTO (op.cit.), na carta de Política de Saúde, justifica-se a preocupação com a situação dos prestadores de serviços privados em decorrência da “[...] ausência de uma política adequada de remuneração dos prestadores de serviços, por parte do Ministério da Saúde”, e pela redução acentuada de recursos de investimentos e financiamento a longo prazo, com juros subsidiados, como era operado o antigo FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, extinto em 1988. Além destes fatores, estaria contribuindo para o problema dos prestadores privados a “[...] desatualização técnica da tabela do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS” e a “[...] concepção fragmentada da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS” (Ministério da Saúde, 1995, p.4/6).

³⁰⁰ Os acordos com os organismos internacionais estavam previstos para conclusão no ano 2000 (BIRD), tanto para o comprometimento de recursos como para o encerramento da parte administrativa, porém foram

organismos internacionais, no valor total de US\$ 650 milhões, e pela contrapartida nacional no montante de US\$ 100 milhões, que foram investidos na recuperação da rede física de saúde do país, não só nas instituições estatais, mas em todas as instituições prestadoras de serviços ao SUS³⁰¹. Deste total de contrapartida nacional, a União responde por US\$ 10 milhões, enquanto o encargo de 90% restantes recaiu sobre os beneficiários do projeto (estados, municípios e entidades filantrópicas).

Conforme Rizzotto (2000, p. 226), o Projeto REFORSUS, em todo seu conjunto, “[...] foi estimado como um investimento da ordem de US\$ 750.000.000, sendo US\$ 300.000.000 financiados pelo BIRD, US\$ 350.000.000 pelo BID e US\$ 100.000.000 aportados como contrapartida nacional”.

Neste projeto estava prevista a compra de unidades móveis, a execução de obras de reforma, a ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde, além da compra de equipamentos médico-hospitalares, executados obrigatoriamente por meio de processo de licitação internacional (indicada pelos Bancos financiadores dos empréstimos), ou seja, mediante este projeto só as empresas internacionais indicadas poderiam participar do processo de licitação para fornecer equipamentos para a rede hospitalar brasileira.

Através do REFORSUS, o governo firmou compromissos com o capital estrangeiro, com a pretensão de investir na recuperação da rede física de saúde do país, incluindo as instituições parceiras que prestam serviços ao SUS, mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde e, também, em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional.

Dentre os programas e projetos para a área ambulatorial e hospitalar priorizados para investimento pelo Ministério da Saúde destacam-se: urgência e emergência, parto, puerpério e perinatal (gravidez de alto risco³⁰² e UTI neonatal), UTI adulto e pediátrica, hemodiálise, oncologia, centros cirúrgicos e equipamentos de diagnóstico para diversas áreas (ginecologia/obstetrícia, cardiologia, oncologia, neurologia, entre outras).

prorrogados até 2004. Já a conclusão do acordo com o BID estava prevista para 2001, sofreu prorrogações até 2003.

³⁰¹ Vale ressaltar que em 2000 o Tribunal de Contas da União – TCU, através de um Relatório de Auditoria de Desempenho executada no âmbito do Projeto de Cooperação Técnica TCU/Reino Unido, já o apontava como um projeto com alto valor das taxas de compromisso e com pagamento excessivo de juros sobre o saldo das contas especiais. Cf. BRASIL, 2000.

³⁰² O governo, através do Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, investiu cerca de R\$ 100,1 milhões em equipamentos para 226 hospitais e treinou mais de 35 mil profissionais.

A conclusão de obras inacabadas também constituiu prioridade. Alzuguir (2005), em seus estudos, destaca que no ano de 2000 os gastos em saúde foram principalmente para o custeio da administração do próprio setor, assistência hospitalar e ambulatorial e programas especiais³⁰³.

Além dos recursos supracitados, foram destinados mais R\$ 157,2 milhões para projetos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, distribuídos da seguinte forma: R\$ 31,1 milhões para aquisição de Equipamentos para Atendimento de Urgência e Emergência; R\$ 32,8 milhões para aquisição de Equipamentos para Atendimento a Gestante de Alto Risco; R\$ 7 milhões para Aquisição de Equipamentos de Apoio ao Diagnóstico para as Equipes de Saúde da Família; R\$ 45,6 milhões para Aquisição de Equipamentos de Informática, Audiovisual e Mobiliário para Informação e Educação a Distância do Programa Saúde da Família; R\$ 7,1 milhões para custear Cursos de Especialização Presencial em Saúde da Família; R\$ 33,6 milhões para Residência em Saúde da Família.

E mais R\$ 149,1 milhões voltados a contemplar: ações, estudos e avaliações priorizados pelo Ministério da Saúde, “[...] com vistas a fornecer subsídios para a formulação e reformulação de estratégias, programas e projetos, melhorar o desempenho gerencial dos estabelecimentos de saúde e, principalmente, obter ganhos na eficiência sistêmica”.

Destaca-se o fato de que, apesar do enfático “[...] discurso do Banco Mundial e do próprio Ministério da Saúde, quanto à prioridade da atenção primária em saúde”³⁰⁴, os recursos do Projeto REFORSUS, contraditoriamente, foram destinados à readequação física, tecnológica e gerencial da rede hospitalar, rede de sangue e laboratórios. A alocação de recursos específicos do BIRD para o Projeto REFORSUS prevê que as Categorias Obras e Bens consumam 233 milhões de dólares, ou seja, 77,6% do total do empréstimo realizado. Até 2001 o Projeto REFORSUS concentrou seus investimentos, no valor de um bilhão de reais, na média e alta complexidade³⁰⁵ ambulatorial e hospitalar, e cerca de 70% dos recursos destinaram-se à compra de equipamentos.

³⁰³ Cf. ALZUGUIR, 2005, p. 737.

³⁰⁴ Cf. RIZZOTTO, 2000, p. 227.

³⁰⁵ A média e a alta complexidade compreendem tanto procedimentos ambulatoriais quanto hospitalares. Na média complexidade estão incluídos, entre outros: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, órteses e próteses, anestesia, hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, tomografia, hemoterapia, medicamentos excepcionais. Enquanto na alta complexidade, além das internações hospitalares de qualquer natureza, os partos e os diversos tipos de cirurgias, das mais simples às mais complexas (como cardiológicas, neurológicas, oncológicas, entre outras). Cf. QUINHÕES & SANTOS, 2003, p. 2.

Para atenção básica, foram destinados apenas R\$ 157,2 milhões para os projetos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, como a ampliação das ações do Programa Saúde da Família³⁰⁶.

Na publicação do jornal *Gazeta Mercantil*, de 13/6/2002, destaca-se que “[...] o crescimento dos investimentos públicos e privados na saúde nos últimos anos impulsiona a indústria de equipamentos médico-hospitalares. Segundo dados da Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (ABIMO), o setor registra crescimento médio de 15% ao ano nos últimos cinco anos”. Estes resultados têm sido fruto dos recursos do governo federal, principalmente do Projeto REFORSUS³⁰⁷.

2.3.1.5.1 Projeto de Reequipamento Hospitalar

O Projeto de Reequipamento Hospitalar está incluso no projeto REFORSUS e tem por objetivo dotar de alta tecnologia hospitais públicos e filantrópicos da rede SUS, considerados como de referência ou voltados para ensino e/ou tratamento de câncer³⁰⁸ no país. Este Programa, assim como o programa de Modernização Gerencial, foi instituído pela Portaria 2432/98, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde³⁰⁹.

Por meio do Programa de Reequipamento Hospitalar, o MS pretende aprimorar a capacidade operacional e gerencial do Sistema Único de Saúde – SUS, “[...] contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos bens e serviços de saúde, melhoria da qualidade e da eficiência da Rede Hospitalar integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS”, através da “[...] recuperação física das Unidades Operacionais de Saúde existentes e da atualização tecnológica dos serviços de saúde”³¹⁰.

Está prevista na Portaria 2432/98 a inclusão dos seguintes projetos: Modernização da gerência das Unidades de Saúde; Readequação física e tecnológica da Rede Hospitalar integrada ao SUS; e Apoio à gestão do SUS. Quanto à origem dos recursos para tais empreendimentos, está previsto no art. 4º- *Os recursos para a execução dos Programas serão*

³⁰⁶ Cf. QUINHÕES & SANTOS, op. cit.

³⁰⁷ Cf. QUINHÕES & SANTOS, op. cit.

³⁰⁸ Cf. BRASIL, 2000.

³⁰⁹ Cf. BRASIL, 1998 (c).

³¹⁰ Cf. DIREITO 2, 2006.

originários do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, do orçamento do Ministério da Saúde e de outras fontes internas e externas de financiamento.

No tocante às fontes externas de financiamento, em 2000 o Senado Federal autorizou a operação de crédito externo, no valor equivalente a JPY 7.309.499.820,00 (sete bilhões, trezentos e nove milhões, quatrocentos e noventa e nove mil, oitocentos e vinte ienes japoneses), por meio de contrato assinado entre o Ministério da Saúde e o Japan Bank International Cooperation (JBIC), destinada ao financiamento parcial de contratos comerciais a serem firmados com diversos fornecedores, para a importação de bens e serviços no âmbito do Programa de Modernização Gerencial e Reequipamento Hospitalar³¹¹, representando cerca de 90% dos recursos aplicados para compra de novos equipamentos. Além do financiamento de US\$ 2,5 milhões, com o Banco Alemão, Dresdner Bank AG.

Ainda referente aos financiamentos externos, em dezembro de 2006 a Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) do Senado Federal aprovou parecer favorável³¹² à contratação de operação de crédito externo de até US\$ 3.074 milhões junto ao banco norte-americano DF Deutsche Forfait S.R.O., para este mesmo fim. Além da empresa canadense MDS Nordion, maior produtora e fornecedora mundial de material radioativo (responsável por quase 50% do suprimento mundial), utilizado em exames de cintilografia, na detecção de tumores, funções renais, problemas arteriais, pulmonares, hepáticos, entre outros, que também tem investido na aquisição dos equipamentos no Brasil.

A contrapartida dos convênios internacionais dá-se não só pelas altas taxas de juros³¹³ (empréstimos), mas, sobretudo, pela imposição identificada na Lei 8.666/93, a qual prevê que os aparelhos abrangidos neste Programa só poderão ser adquiridos após concorrência pública internacional. Confirmando-se o que McNamara (1974), ex-presidente do BM, afirmou que “[...] uma parcela reduzida do empréstimo fica nos países em

³¹¹ Cf. BRASIL, 2000(b); BRASIL, 2006.

³¹² Cf. DIREITO 2, 2006.

³¹³ Cf. RIZZOTTO, 2000, p. 233. “Durante todo o período de desenvolvimento do referido projeto (1996-2000), o Brasil pagou em 1º de maio e 1º de novembro de cada ano, juros sobre os valores desembolsados com base na taxa de captação do Banco, apurados durante os seis meses anteriores, acrescidos de 0,5%. Além disto, nos mesmos períodos e datas, paga-se também a Comissão de Compromisso, calculada com base na taxa de 0,75% ao ano sobre os saldos devedores não desembolsados (Contrato de Empréstimo, 4047 – BR, 1996). Conforme comentamos anteriormente neste trabalho, em face das exigências técnicas, até janeiro de 2000 apenas U\$100 milhões dos recursos de BIRD haviam sido gastos, ou seja, pouco mais do que foi previsto para o desembolso no primeiro ano do Contrato (1997). Isto significa que estamos pagando há mais de dois anos a Comissão de Compromisso do restante dos recursos não utilizados no tempo previsto. Portanto, a previsão inicial de um custo de 7,32% já foi superada em algumas unidades. Ante os dados financeiros apresentados e o aspecto político envolvido no projeto, cabe questionar a validade deste tipo de financiamento e o conseqüente relacionamento com instituições financeiras como o Banco Mundial”.

desenvolvimento. Quase todo ele retorna rapidamente na forma de pagamento pelas mercadorias compradas nos países mais ricos”³¹⁴.

De acordo com Rizzotto (2000, p. 245), é condição do Banco Mundial que as licitações para a aquisição de materiais, equipamentos ou mesmo para a execução dos projetos sejam abertas internacionalmente. As especificações técnicas estabelecidas muitas vezes inviabilizam a participação de empresas nacionais, quer pelas questões tecnológicas, quer pelas de custo. Neste sentido, além dos recursos externos não contribuírem com a produção interna, estimulam a importação de produtos dos países centrais³¹⁵. Às empresas nacionais só é permitido Concorrência Pública Nacional para valores menores ou iguais a US\$ 350.000,00, configurando-lhes pouco poder de competição com as multinacionais do setor.

Conforme Kligerman (2002), foram injetados mais de US\$ 100 milhões na aquisição de equipamentos nacionais e importados, instalação, treinamento e despesas com importação de 285 equipamentos de alta densidade tecnológica, como tomógrafos, ressonâncias magnéticas, mamógrafos, cineangiográficos, radiologia, radioterapia, arcos cirúrgicos, ecográficos, entre outros. Além de equipamentos de endoscopia, instrumental e de informática para 56 hospitais (municipais, estaduais, federais e filantrópicos), dos quais 15 no sistema da assistência oncológica localizados em 18 estados e no Distrito Federal³¹⁶.

Com o PAC da Saúde, até 2011 o governo federal quer implantar mais 20 novas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs). Com essa medida está previsto que cada unidade seja capaz de oferecer cobertura assistencial para 500 mil habitantes, o que significa que ao todo serão cerca de 10 milhões de habitantes com acesso aos serviços de média e alta complexidade da atenção oncológica, como cirurgia oncológica, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia, entre outros. Está previsto ainda a elaboração de mecanismos regulatórios para medicamentos de alto custo em oncologia e a compra de equipamentos de megavoltagem de radioterapia.

³¹⁴ Cf. RIZZOTTO, op. cit., p.229-30.

³¹⁵ Cf. RIZZOTTO, op. cit.

³¹⁶ Cf. SANTOS, 2003.

2.4 A RELAÇÃO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Considerando que o processo de tratamento é, também, uma forma de participação de diferentes grupos sociais na estrutura produtiva e no acesso ao consumo, o setor da saúde tornou-se um campo político atravessado pelo conjunto de interesses de classes (trabalhadores e burguesia), desdobrando-se em variadas direções, a partir das pressões pela generalização dos “[...] benefícios da ciência médica; contestação do gigantismo tecnológico da medicina e do seu conseqüente efeito de dominação sobre o modo de vida dos homens; negação dos efeitos do progresso tecnológico sobre o prolongamento da vida humana e o bem-estar do paciente”; e também, como afirmou Donnangelo (1975), a “[...] manipulação dos recursos médicos, e outras tantas orientações”.

Os interesses que impulsionam o entrelaçamento entre o público e o privado no setor da saúde, e em especial a atenção oncológica, são diversos e perpassam tanto os interesses médicos, pois o câncer é uma doença que possui vários fatores de risco, e acomete crianças, jovens, adultos e velhos, tanto ricos como pobres; como os interesses relacionados diretamente ao processo de expansão e ao fortalecimento do capitalismo, pois o tratamento oncológico exige inovações tecnológica, mão-de-obra especializada e qualificada, introdução constante de novas drogas da indústria farmacêutica, dentre outras. Assim, a relação público e privado na política de saúde e na atenção oncológica não é algo novo, mas reflexo da relação capital, Estado e trabalho.

O que nos leva a afirmar que não há nenhum paradoxo nas ações do governo brasileiro em ampliar o acesso ao tratamento oncológico em todo país e, conseqüentemente, a ampliação da alta e média complexidade e a obediência às orientações dos organismos internacionais. Muito pelo contrário, as ações governamentais, no que tange à ampliação do acesso à atenção oncológica, são complementares às orientações destes.

É que a política adotada no Estado liberal consiste na liberalização dos mercados, combinada com uma redução da intervenção direta do Estado na economia. Nesta lógica, o fundo público tem sido subordinado às necessidades do sistema financeiro, num suposto argumento de que essas ações são necessárias à garantia da estabilidade e do crescimento dos mercados, exigindo do trabalhador a flexibilização de direitos, ao tempo que estimula o ingresso da iniciativa privada em todos os setores da vida social, inclusive no setor da saúde.

Os dados abaixo mostram como o setor privado tem se beneficiado com a política de atenção oncológica brasileira.

Tomando como referência os recursos pagos por Cirurgia Oncológica³¹⁷ no período de 1998 a 2007, identificamos que neste período o governo federal ampliou consideravelmente os gastos com a atenção oncológica no país. Segundo dados do DATASUS, podemos observar que enquanto em 1998 foi pago por Cirurgia Oncológica, às instituições privadas, R\$16.290.429,87, e R\$1.346.734,21 às instituições públicas, esses números passaram em 2007 para R\$ 111.776.709,10 e R\$ 37.859.981,53, respectivamente, o que corresponde a um aumento de mais de 586,15% para o setor privado e 2.711% para o público (estatal). Proporcionalmente, o público (estatal) recebeu mais que o privado. A elevação apresentada na direção do setor público pode estar relacionada à migração dos hospitais universitários públicos para esta categoria a partir de 2004, o que conseqüentemente elevou o índice de pagamento por cirurgias oncológicas, conforme tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - GRUPO PROCEDIMENTO: CIRURGIAS ONCOLÓGICAS (Cirurgia Oncológica – I; a Cirurgia Oncológica – IX). Regime: Público, Privado, Universitário

Ano/competência	Público	Privado	Universitário	Total
1998	1.346.734,21	16.290.429,87	26.293.980,38	43.931.144,46
1999	1.721.879,13	19.561.979,59	30.173.236,01	51.457.094,73
2000	1.996.240,2	24.083.161,73	29.728.081,28	55.807.483,21
2001	5.682.215,57	35.618.121,85	29.134.783,29	70.435.120,71
2002	10.083.591,14	49.174.985,95	31.163.146,41	90.421.723,5
2003	18.797.666,55	68.139.468,66	19.022.569,06	105.959.704,3
2004	32.294.545,72	86.102.273,17	-----	118.396.818,9
2005	36.556.622,36	94.900.643,4	-----	131.457.265,8
2006	34.682.025,28	99.501.395,14	-----	134.183.420,4
2007	37.859.981,53	111.776.709,1	-----	149.636.690,7
Total	181.021.501,7	605.149.168,5	165.515.796,4	951.686.466,6

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)2008

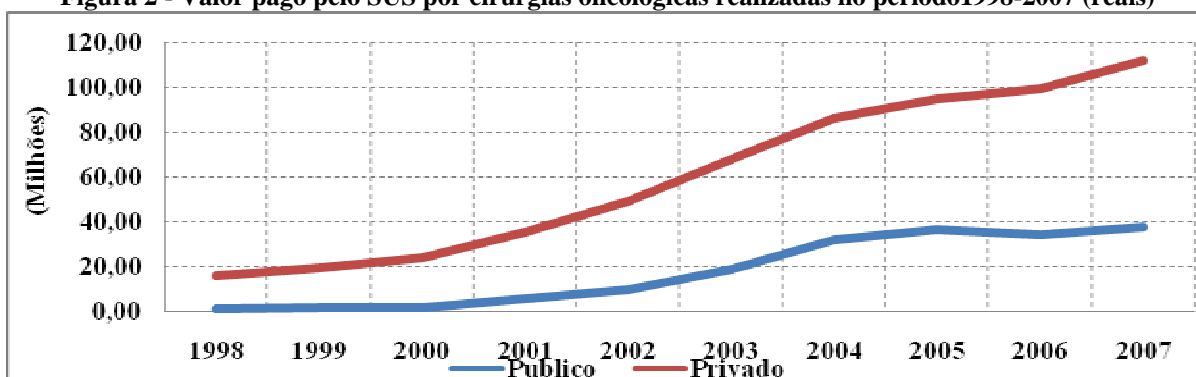
Se confrontarmos o valor total pago pelo SUS às instituições públicas e privadas por cirurgias oncológicas realizadas em todo o período de 1998-2007, no total pago aos dois

³¹⁷ Os dados coletados são referentes ao procedimento hospitalar de cirurgias oncológicas pagas pelo SUS às instituições eminentemente públicas (hospitais estaduais, municipais e federais) e instituições privadas (hospitais Privados com fins lucrativos, Privados optantes pelo SIMPLES, Privados sem fins lucrativos, Filantrópico com CNAS válido e Sindicatos), além de hospitais Universitários (públicos e privados). Levantamos também dados referentes aos procedimentos ambulatoriais de Quimioterapia e Radioterapia pagos pelo SUS, neste mesmo período, às instituições públicas (hospitais estaduais, municipais, federais e hospitais universitários públicos) e instituições privadas (hospitais Privados com fins lucrativos, Privados optantes pelo SIMPLES, Privados sem fins lucrativos, Filantrópico com CNAS válido, Sindicatos e hospitais universitários privados).

setores constata-se que a diferença corresponde a 23% pagas às instituições públicas (estatais) contra 77% pagas às instituições privadas.

Conforme a figura 2, identificamos que o setor privado recebeu por cirurgias oncológicas um montante maior que o setor público durante todo o período avaliado. Nota-se um crescimento constante do valor pago em cirurgias oncológicas até o ano de 2005. O setor público teve a mesma tendência que o setor privado, porém de forma menos expressiva.

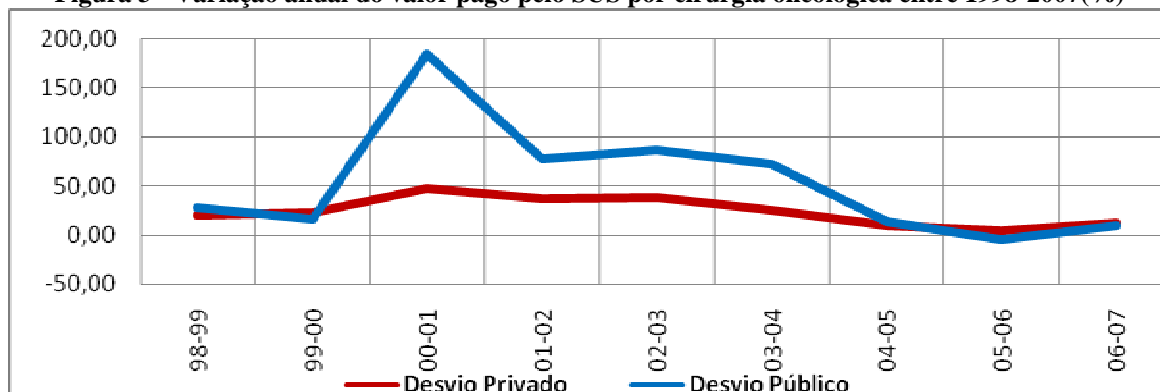
Figura 2 - Valor pago pelo SUS por cirurgias oncológicas realizadas no período 1998-2007 (reais)



Fonte: OMENA, com base em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2008

Na figura 3 a seguir, identificamos que entre os anos de 2000 a 2001 foi observada maior variação por valor pago por cirurgia oncológica no setor público, correspondendo ao aumento de aproximadamente 50% no número de AIH pagas por cirurgias oncológicas. Conforme dados do DATASUS do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – O gráfico se refere ao desvio relativo percentual entre os totais anuais pagos em cirurgias oncológicas.

Figura 3 - Variação anual do valor pago pelo SUS por cirurgia oncológica entre 1998-2007(%)



Fonte: OMENA, com base em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2008

Quanto aos procedimentos ambulatoriais de quimioterapia pagos pelo SUS, identificamos dados semelhantes aos pagos por cirurgia oncológica, conforme tabela 3 a seguir.

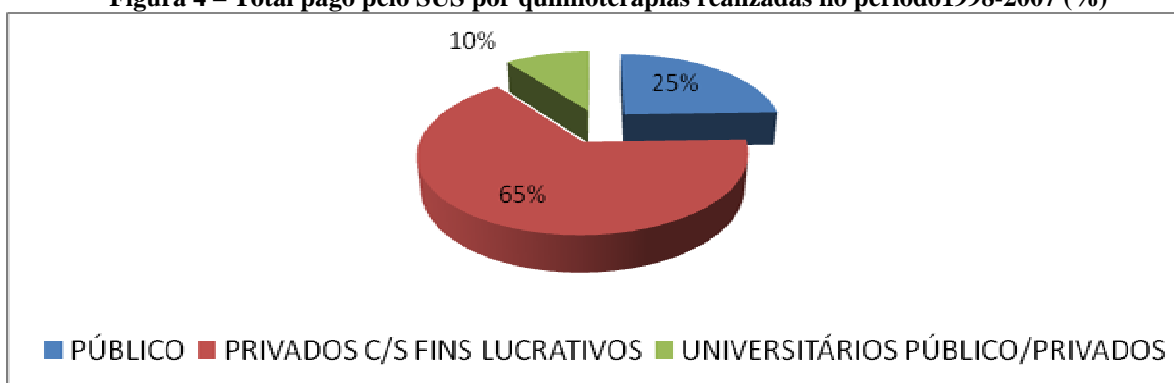
Tabela 3 - Produção Ambulatorial do SUS – Brasil Valor Aprovado por Ano/Competência segundo Tipo Prestador. Item Prog.: QUIMIOTERAPIA Período: Jan/1998-Dez./2007

Ano/Competência	Público	Privado	Total
1998	93.024.003,91	138.238.191,30	231.262.195,21
1999	121.536.976,10	184.766.529,70	306.303.505,80
2000	154.862.811,50	243.698.107,20	398.560.918,70
2001	173.030.126,30	292.872.941,40	465.903.067,70
2002	193.931.342,70	365.995.157,70	559.926.500,40
2003	205.003.867,00	446.041.660,40	651.045.527,40
2004	212.265.439,20	516.240.779,20	728.506.218,40
2005	255.429.291,70	601.913.132,20	857.342.423,90
2006	277.439.614,90	671.548.197,50	948.987.812,40
2007	304.349.069,30	721.668.474,90	1.026.017.544,20
Total	1.990.872.542,61	4.182.983.171,50	6.173.855.714,11

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2008

Na figura 4 a seguir, podemos constatar novamente que as instituições privadas receberam por quimioterapia um montante maior que o setor público (estatal) durante todo o período avaliado.

Figura 4 – Total pago pelo SUS por quimioterapias realizadas no período 1998-2007 (%)

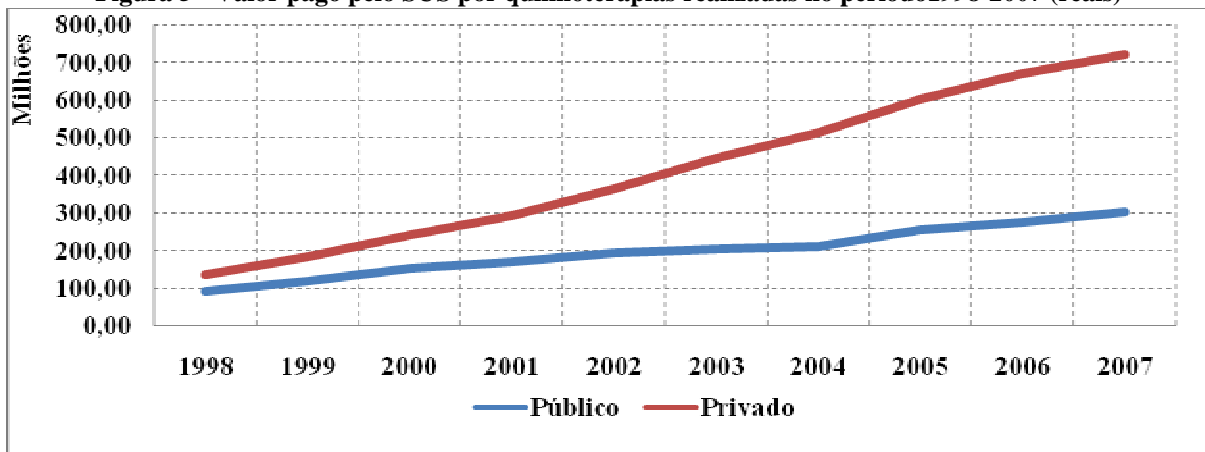


Fonte: OMENA, 2008, com base em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2008

Nota-se, na figura 5, que há uma constante no valor recebido pelo setor público (estatal) com um ligeiro aumento a partir de 2004; possivelmente este fator está relacionado

aos projetos de expansão da atenção oncológica do Ministério da Saúde via projeto EXPANDE e ao projeto de REFORSUS.

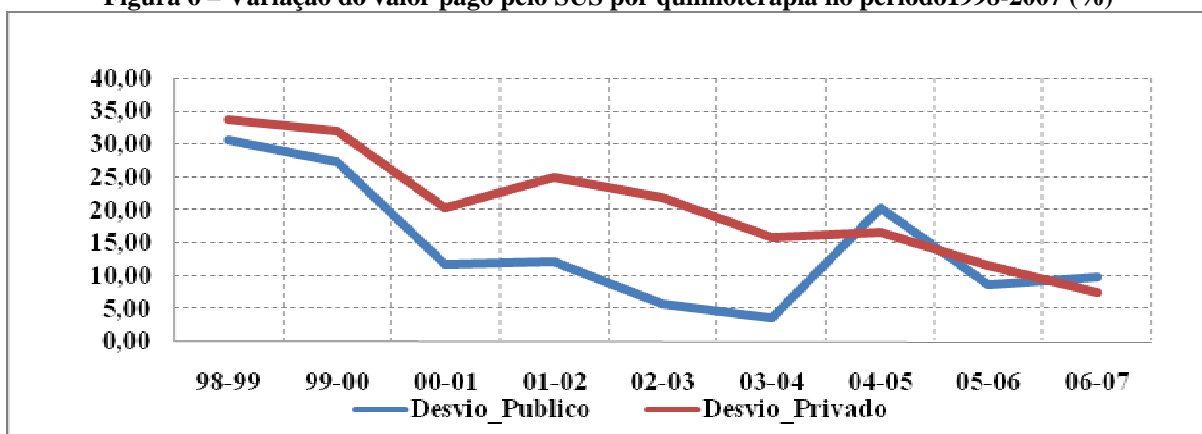
Figura 5 - Valor pago pelo SUS por quimioterapias realizadas no período 1998-2007 (reais)



Fonte: OMENA, com base em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2008.

Na figura 6, observa-se que as maiores variações nos valores pagos pelo SUS por quimioterapias são observadas entre os anos de 1998 e 1999, com tendência de decréscimos nos anos subsequentes. Nota-se, contudo, períodos de elevação na variação, como é o caso dos anos 2001-2002 e 2004-2005, em ambos os setores. Novamente somos levados a supor que este fator está relacionado aos projetos de expansão da atenção oncológica do Ministério da Saúde (Projeto EXPANDE e Projeto de REFORSUS), por coincidir com a época de suas criações.

Figura 6 - Variação do valor pago pelo SUS por quimioterapia no período 1998-2007 (%)



Fonte: OMENA, com base em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2008.

Quanto aos procedimentos de radioterapia, ao longo desses nove anos identificamos, na tabela 4, que 83% dos recursos pagos pelo SUS foram destinados à iniciativa privada, ficando as instituições públicas com apenas 17% do total pago no período de 1998-2007.

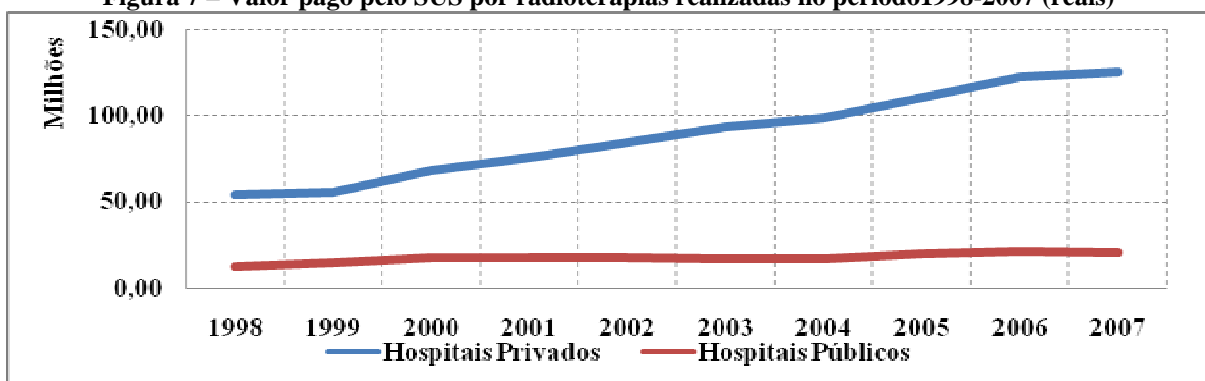
Tabela 4: Produção Ambulatorial do SUS – Brasil Valor Aprovado por Ano/Competência segundo Tipo Prestador. Item Prog.: RADIOTERAPIA Período: Jan/1998-Dez./2007

Ano/Competência	Hospitais Privados	Hospitais Públicos	Total
1998	54.207.050,53	12.230.448,36	66.437.498,89
1999	55.775.534,59	14.498.932,78	70.274.467,37
2000	68.200.623,84	17.778.878,90	85.979.502,74
2001	75.873.937,21	17.953.074,16	93.827.011,37
2002	84.900.970,97	17.400.120,33	102.301.091,30
2003	93.781.200,86	17.236.400,74	111.017.601,60
2004	98.638.516,30	16.874.295,80	115.512.812,10
2005	110.761.729,70	20.232.260,24	130.993.989,94
2006	122.611.923,10	21.486.994,13	144.098.917,23
2007	125.535.168,60	20.570.362,44	146.105.531,04
Total	890.286.655,70	176.261.767,88	1.066.548.423,58

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Notem na figura 7 que permanece a tendência de maior pagamento aos procedimentos de quimioterapias e cirurgias oncológicas pelo SUS às instituições privadas. Por radioterapias realizadas, o SUS pagou mais às instituições privadas durante todo o período avaliado. Nota-se uma constante no valor recebido pelo setor público, com um ligeiro aumento a partir de 2004.

Figura 7 – Valor pago pelo SUS por radioterapias realizadas no período 1998-2007 (reais)

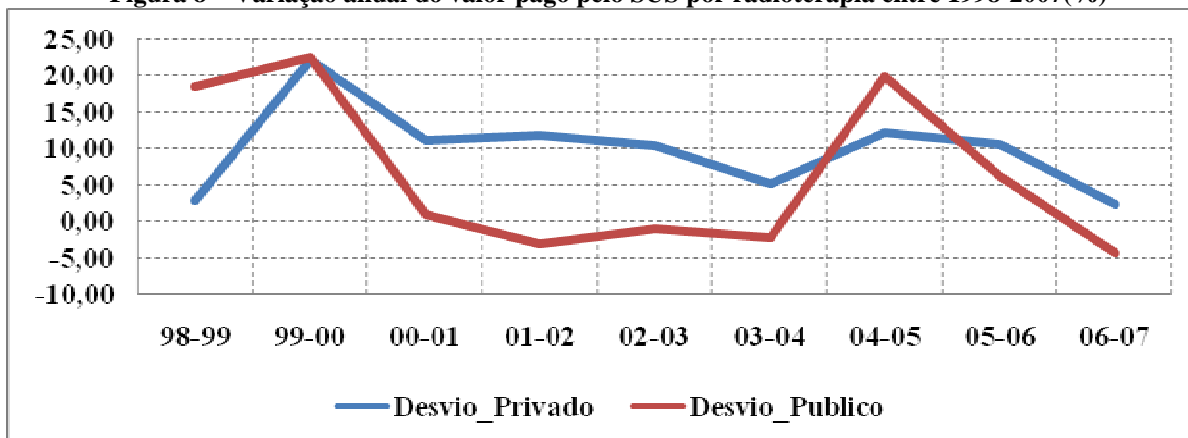


Fonte: OMENA, com base em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2008.

Entre 2000-2004 foi observado decréscimo no setor público, com um pico em ambos os setores entre os anos de 1990 e 2000, atingindo uma variação aproximada de 23%. Nota-se

também um outro pico no setor público com valor de aproximadamente 20% entre os anos de 2004 e 2005.

Figura 8 – Variação anual do valor pago pelo SUS por radioterapia entre 1998-2007(%)

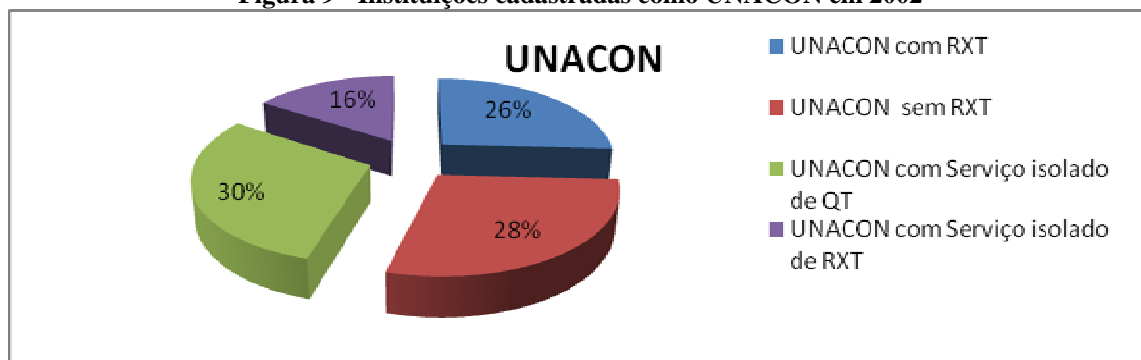


Fonte: OMENA, com base em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2008.

Os dados apresentados nas tabelas 4 e 5 estão em conformidade com a distribuição de recursos utilizados para custeio da assistência especializada prestada pelos municípios no âmbito do SUS, que por sua vez tem sido majoritariamente inseridos na esfera administrativa privada. As instituições privadas constituem a maioria dos hospitais e leitos hospitalares distribuídos no país; isso, na prática, significa que o fundo público vem sendo transferido à apropriação privada em algum grau, mesmo que “[...] em nome do supremo benefício da assistência hospitalar à população”³¹⁸.

Como já tratamos anteriormente, conforme Kligerman (2002), até o ano 2000, portanto, antes da implantação do projeto EXPANDE, existiam 267 unidades cadastradas no SUS para a prestação de serviços oncológicos, conforme figura 9.

Figura 9 - Instituições cadastradas como UNACON em 2002

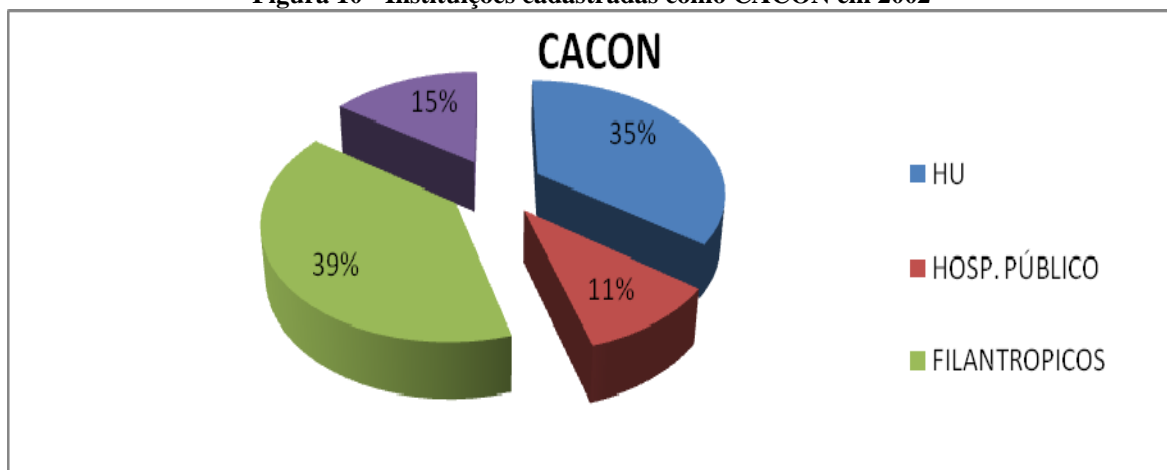


Fonte: OMENA, 2008. Com base em dados de KLIGERMAN, 2002.

³¹⁸ ACIOLE, 2006, p. 256.

Destaca-se que a maioria dos serviços isolados de quimioterapia e todos os serviços isolados de radioterapia eram privados com fins lucrativos; outro destaque importante é que dos 145 CACON existentes na época, 54% eram privados, conforme figura 10.

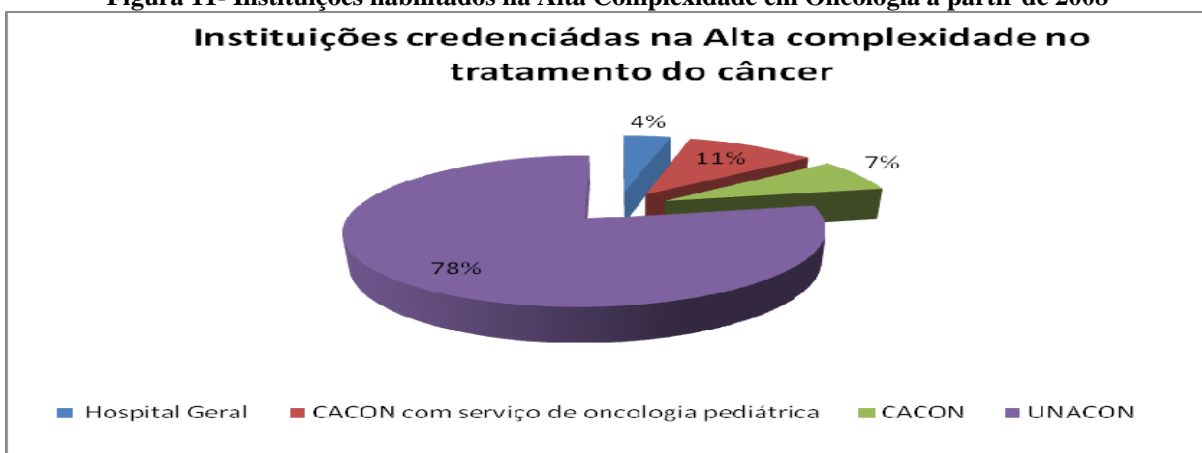
Figura 10 - Instituições cadastradas como CACON em 2002



Fonte: OMENA, 2008. Com base em dados de KLIGERMAN, 2002.

Quanto às instituições credenciadas para tratamento oncológico, de acordo com a Portaria nº 146, de 11 de março de 2008, há 231 estabelecimentos habilitados na Alta Complexidade em oncologia, sendo 180 UNACON, 17 CACON, 25 CACON com serviço de oncologia pediátrica e 9 Hospital Geral. Conforme figura 11.

Figura 11- Instituições habilitadas na Alta Complexidade em Oncologia a partir de 2008

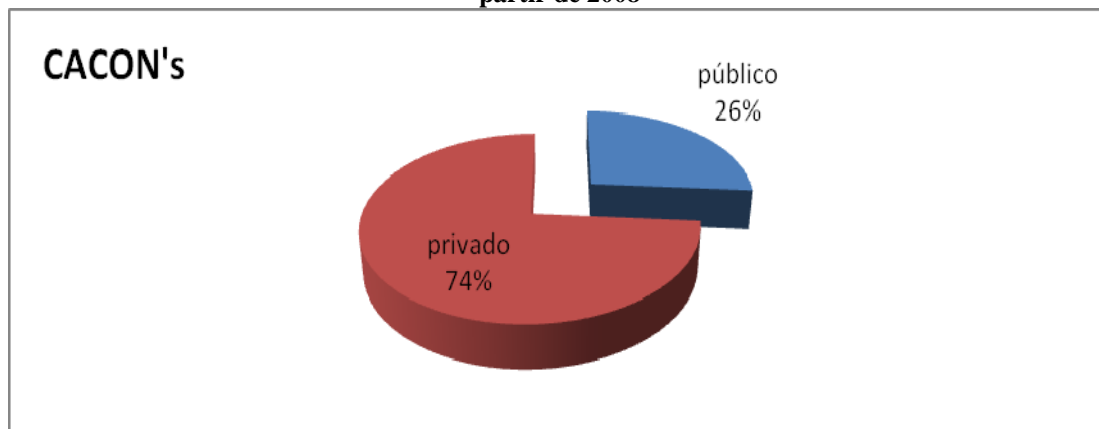


Fonte: OMENA, 2008. Com base em dados da Portaria nº 146, de 11 de março de 2008

Destaca-se ainda que dos 42 estabelecimentos habilitados como CACON (com e sem serviço de oncologia pediátrica), apenas 26% estão na rede pública, distribuídos nos estados

de AL, DF, RJ, SP, RS; ficando a iniciativa privada com 74% do credenciamento dos CACON. Conforme figura 12.

Figura 11 - Estabelecimentos Públicos e Privados Habilitados na Alta Complexidade em Oncologia a partir de 2008



Fonte: OMENA, 2008. Com base em dados da Portaria nº 146, de 11 de março de 2008

Identificamos que embora as ações do governo na política de atenção oncológica tenham sofrido mudanças significativas, no tocante a ampliação do acesso aos serviços de prevenção e tratamento do câncer, à relação público e privado foi ainda mais ampliada e explicitamente mais tendenciosa ao fortalecimento do setor privado.

CONCLUSÕES

Como vimos, a política de atenção oncológica no Brasil, ao longo dos anos, vem sofrendo ingerências de acordo com as circunstâncias políticas e econômicas impostas ao país. Pois, ao mesmo tempo que a luta contra o câncer passou a ser tratada como questão de saúde pública, cabendo, portanto, ao Estado a responsabilidade de executar políticas e ações efetivas de controle da doença, em todos os níveis – atenção básica, média e alta complexidade, o que inclui: educação, ensino, prevenção e assistência –; essa luta também despertou os mais variados interesses mercantilistas, dada a complexidade e o alto custo exigidos para o tratamento. Os serviços médicos privados, as indústrias de medicamentos e de equipamentos hospitalares encontraram no câncer uma fonte inesgotável de lucro, em outras palavras: o combate ao câncer perpassa pela ordem econômico-financeira, pelos interesses e pelos ajustes à ordem econômica mundial, na qual os interesses privados estão acima dos interesses coletivos.

O setor saúde, é conceituado por Gadelha et al (2003) como “[...] um *locus* essencial de desenvolvimento econômico, por ser este um campo em que inovação e acumulação de capital” geram oportunidades de investimento, emprego e renda. O seu complexo industrial da saúde é, conforme esses autores, constituído por um conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde, conjunto este que tende a selecionar as atividades produtivas e a manter relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços, movendo-se no contexto da dinâmica capitalista³¹⁹. Portanto, ao ampliar a política de atenção oncológica, o governo tem ido ao encontro dos interesses dos organismos internacionais e, conseqüentemente, tem atendido ao projeto do capital. Pois, como identificamos na atual conjuntura, o Estado permanece comprando os serviços da iniciativa privada, evitando com isso assumir papel significativo como produtor e gerenciador de serviços. Desta forma, mantém a política tendencialmente favorável à ampliação e ao fortalecimento do setor privado, expressos tanto na compra direta de serviços, como na compra de insumos e equipamentos.

A saúde tornou-se, portanto, para o capitalismo, uma variável do sistema econômico-financeiro, com duas vertentes contraditórias e significativas: para o Estado – dada a lógica de mercado –, transformou-se numa sobrecarga para os orçamentos públicos; já para o capital, uma presa para os mercados e uma fonte inesgotável de renda.

³¹⁹ Gadelha et al, op. cit.

No contexto atual existem dois fatores de maior relevância na política de acesso à saúde e, conseqüentemente, na política de atenção oncológica no país: nos últimos anos, através da Reforma Sanitária e da implantação do SUS, deu-se, ainda que de forma focalizada, o que Viana e Elias (2007) chamaram de uma desmercantilização no acesso à saúde – saúde como direito e dever do Estado –; por outro lado, de acordo com os autores, houve uma mercantilização da oferta e da provisão dos serviços de saúde – saúde como bem econômico –, conseqüência da política liberal implantada no país, que favoreceu tanto a importação de tecnologia e insumos ligados ao setor, como abriu as portas para um enorme parque industrial médico-hospitalar nacional e multinacional, ligado diretamente às indústrias de base química e biotecnológica (responsável pelos fármacos, medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico), mecânica, eletrônica e de materiais (responsáveis pela produção de equipamentos mecânicos e eletromecânicos, próteses e órteses e material de consumo).

Portanto, nesta relação o setor privado tem se beneficiado dos recursos públicos na prestação de serviços à oncologia, através do apoderamento direto do fundo público. Este tem sido alvo constante de disputa, tanto pela classe dominante como pela classe trabalhadora. Pois, se por um lado, o Estado atuou com agente direto dos interesses privados, mantendo-se como comprador direto dos serviços de assistência hospitalar, modificando apenas o modelo de gestão e a forma administrativa dos negócios, ou seja, manteve-se em diversos períodos o vínculo com a estrutura privada hospitalar, através da “[...] compra de serviços de terceiros, em vez de investir em serviços próprios”³²⁰; por outro, foi permeado pela luta de classes, movimentos populares, partidos políticos de esquerda, movimento de reforma sanitária, pela ampliação do acesso aos direitos e políticas sociais como a saúde.

A disputa pelo fundo público tem sido mundialmente orientada com a implantação do neoliberalismo pelos organismos internacionais, via globalização da economia, em nome da acumulação de capital, da permanência de poder nas mãos dos países mais ricos, e pelo predomínio das finanças internacionais, colocando seus interesses acima de quaisquer outros, inclusive acima da vida humana, pois esta, bem como a saúde e até mesmo as partes do corpo humano, têm se transformado em mercadorias. Estes organismos têm difundido a crença de que não há alternativa fora do capitalismo e, assim, negam o papel do Estado e sua função nas políticas públicas e na democracia; conforme Berlinguer (1999), “[...] o credo neoliberal é imposto aos povos com as regras do fundamentalismo monetário, que não admite

³²⁰ VIANA e ELIAS (2007).

dissidências”. Esta ação é evidenciada “[...] quando o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional subordinam sua *ajuda* ao compromisso dos governos de dismantelar os sistemas de saúde pública e previdência social”.

Portanto, diante do exposto, somos levados a concluir que as medidas adotadas pelo governo na ampliação do acesso ao tratamento oncológico brasileiro nos últimos anos foram caracterizadas pela mesma política neoliberal (Estado mini-max), que em nome da modernização e racionalização do Estado, vem elaborando uma contra-reforma da esfera estatal, através da racionalização dos recursos públicos, da privatização, da publicização e da terceirização da coisa pública para a esfera privada, e conseqüentemente, do direcionamento do fundo público para este setor. O atual modelo de proteção social adotado no Brasil segue a lógica capitalista, que tende não só a conviver com graus diferentes de interação com o setor privado, mas, sobretudo, a criar mecanismos capazes de expandi-lo.

O *mix* público/privado na execução das políticas de saúde, e especificamente na atenção oncológica brasileira, tem se dado tanto em sua face não mercantil, mediante a “[...] revitalização pelo Estado do tradicional padrão assistencial” através da filantropia estatal, que caracteriza as políticas públicas como benesses, embora estejam formalmente reconhecidas como direito social, como afirma Teixeira (2007), quanto em sua face mercantil, através das mais variadas formas explícitas de privatização, seja via repasse direto de recursos públicos para o setor privado, através da compra de serviços) seja pelo incentivo ao crescimento das instituições privadas, dada a precarização e pouca ou até mesmo nenhuma intervenção nos serviços públicos (op. cit.). Esta realidade é constatada no próprio órgão regulador da atenção oncológica no país, o INCA.

Como vimos, o modelo de gestão implantado no INCA em 2008 está em consonância com os interesses do Banco Mundial, o qual, desde 2007, vem indicando a adoção de um modelo de gestão autônoma aos grandes hospitais de referência do país (como é o caso do INCA), como medida de ação corretiva para superar as “deficiências” do sistema de saúde e, desta forma, “[...] elevar o desempenho do SUS”, objetivando fortalecer e expandir o capital.

É inegável que nesta conjuntura vêm ocorrendo mudanças pontuais e significativas na atenção oncológica nos últimos anos, porém estas não têm se dado ao acaso. Elas têm sido resultado do complexo jogo de interesses e contradições existentes na esfera estatal, que, se por um lado, ampliou o acesso aos serviços de combate e tratamento do câncer, por outro,

fortaleceu e expandiu o complexo sistema médico-industrial, e conseqüentemente, a produção e a reprodução do capital.

Vale destacar o permanente embate hegemônico de luta de classes: de um lado, a classe trabalhadora, pela ampliação no acesso a políticas públicas de qualidade; por outro, a classe dominante, pela ampliação e reprodução de riquezas. Ambas têm um denominador comum: subordinar/coordenar a outra classe, a fim de atuar na resolução política de seu projeto de sociedade e de sua própria visão de mundo. O Estado configura-se nesta relação de forças e de complexo jogo de contradições como um espaço de disputa entre as classes que ele (Estado), representa tanto os interesses das classes subalternas, bem como os interesses da classe dominante (interesses privados mercantilistas).

Desta forma, a evolução da política de atenção oncológica no Brasil tem se apresentado sob dois vieses: por um lado, segue em direção à ampliação do acesso aos serviços de saúde; por outro, esta ampliação se dá fortalecendo o setor privado, seja no setor estatal, via compra de equipamentos, insumos e serviços, seja no próprio setor privado. Em ambos os casos o que está em jogo é a lógica mercantilista: o lucro, ou seja, os interesses do capital.

As análises aqui contidas não esgotam o debate sobre a temática, mas abrem caminhos para o aprofundamento da discussão sobre a relação público e privado no SUS. Esperamos que este estudo seja o primeiro de muitos outros que venham a elucidar os enlaces entre o público e o privado na atenção oncológica, contribuindo para o reordenamento de ações que visem ao fortalecimento do setor público.

REFERÊNCIAS

- ABREU, H. B. O Contexto Histórico-Social da Crise dos Padrões de Regulação Sócio-Estatal. **Rev. Praia Vermelha**, v.1, n°. 1, UERJ. Rio de Janeiro. 1997.
- ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil: Cartografia do Público e do Privado**. São Campinas, SP: Hucitec, 2006.
- ALVARENGA, José E. de. **Parcerias Público-Privadas: breves comentários**. REDAE. Salvador, N° 2, maio/junho/julho de 2005.
- ALVES, André A. **O Caminho para a Servidão, 60 anos depois**. 2004. Disponível em <<http://www.causaliberal.net/documentosAAA/hayek3.htm>>. Acesso em 13 de maio de 2008.
- ALZUGUIR, Cláudia L. C. Aspectos do Financiamento da Saúde no Brasil. **Caderno de saúde coletiva**, n°3, p. 723 - 746. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2005_3/resumos/CSC_2005-3_claudialima.pdf> Acesso em 04 de fevereiro de 2008.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In Sader, Emir; Gentili, Pablo. Org. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**, 6ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- ANDERSON, P. **Passagens da Antigüidade ao Feudalismo**. 2ª ed. tradução Telma Costa. Biblioteca das ciências do Homem. Porto. Edições afrontamento, 1982
- ANTUNES, R. A “terceira via” de “Tony” Blair: a outra face do neoliberalismo inglês. In **Outubro**, São Paulo, n. 03, 2004. Disponível em <http://www.revistaoutubro.com.br/edicoes/03/out3_04.pdf> Acesso em 07 de outubro de 2008.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metaformoses e a centralidade do mundo do trabalho. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- ANTUNES, R. **Programa de Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social: Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho – Brasília – UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distancia, 1999, p. 17-31.
- ARANTES, Aldo. **O FMI e a nova dependência brasileira**. São Paulo: Alfa Omega, 2002.
- ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Tradução de Roberto Raposo; Introdução de Celso Lafer. 4ª Ed. Rio de Janeiro, Forense, 1989.
- ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, jun. 1999, vol.14, n°. 40, p.111-141. ISSN 0102-6909. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712.pdf>> Acesso em 15 de abril de 2008.

AURELIANO, L.; DRAIBE, S.M. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: MPAS/CEPAL. **A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização**. Brasília: Cepal, 1989.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 1999.

BAHIA, L.; VIANA, A.L. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BAHIA, Ligia. **Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90**. Ciênc. saúde coletiva, 2001, vol.6, n.º.2, p.329-339. ISSN 1413-8123.

BAILYN, Bernard. **As origens ideológicas da Revolução Americana**. Bauru (SP): Edusc, 2003.

BANCO MUNDIAL, **Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e Corporação Financeira Internacional Estratégia de Parceria com o país para a República Federativa do Brasil período de 2008 A 2011**. 6 de Maio de 2008, n.º 42677-BR. Disponível em <<http://siteresources.worldbank.org/INTLACBRAZILINPOR/Resources/EPP.pdf>> Acesso em 15/08/2008.

BANCO MUNDIAL, **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países)

BANCO MUNDIAL, **Estratégia de Assistência ao Brasil - 2004-2007**. Washington, 2003. Disponível em <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186404259243/17FullPort.pdf>>. Acesso em 05/07/2008

BANCO MUNDIAL, **Primeiro Empréstimo Programático para o Crescimento Equitativo e Sustentável**. Washington, 2004. Disponível em <<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=64290415&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P080827>> Acesso em 05/07/2008

BANCO MUNDIAL. **Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e Corporação Financeira Internacional Estratégia de Parceria com o país para a República Federativa do Brasil período de 2008 a 2011**, n.º 42677-BR. 6 de maio de 2008. Disponível em <<http://siteresources.worldbank.org/INTLACBRAZILINPOR/Resources/EPP.pdf>> Acesso em 15/08/2008.

BANCO MUNDIAL. **Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil – Aumentando a Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos**. No. 36601- BR. 15 de fevereiro de 2007.

BANCO MUNDIAL. **Salud**: documento de política sectorial. Washington D.C., 1975.

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. **Rev. Brasileira de Oncologia**. Volume 51 n° 3 Jul/Ago/Set 2005, p.267-275. Rio de Janeiro

BEAUD, M. **História do Capitalismo de 1500 até nossos dias**. Tradução de Maria Ermantina G. G. Pereira. São Paulo, Brasiliense, 1987.

BEHRING, E.R. Reforma do Estado e Seguridade no Brasil. In: Rev. **Ser Social**, n° 7, Rev. do Programa de Pós-graduação em Política Social/UNB. Brasília. 2000.

BEHRING, Elaine R; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 3ª ed. (Biblioteca básica do serviço social). São Paulo: Cortez, 2007.

BERES, Neide A. Conta Satélite das Instituições Privadas sem Fins Lucrativos Brasil – 2002. **VI Conferencia Regional de ISTR para América Latina y el Caribe**. 8 al 11 noviembre de 2007, Salvador de Bahía, Brasil. Organizan: ISTR y CIAGS/UFBA

BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. **Estudos avançados**, Jan./Apr. 1999, vol.13, n°. 35, p.21-38. ISSN 0103-4014.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BODSTEIN, R.C.A. (coord.). **História e saúde pública: A política de controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

BOITO, A. Jr. A Hegemonia Neoliberal no Governo Lula. **Crítica Marxista**, n.17, Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BORÓN, Atílio. Sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In Sader, Emir; Gentili, Pablo. Org. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**, 6ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Organização do Sistema Nacional de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto-Lei nº 2.321, de 25 de fevereiro de 1987**. Institui, em defesa das finanças públicas, regime de administração especial temporária, nas instituições financeiras privadas e públicas não federais, e dá outras providências.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.031 - de 12 de abril de 1990**. Programa Nacional de Desestatização.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3535, de 02 de setembro de 1998**. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.535, de 2 de setembro de 1998(b)**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>> Acesso em 10 de julho de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.432, de 23 de março de 1998(c)**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2432.html>> Acesso em 10 de julho de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998(d)**. Conversão da MPv nº 1.648-7, de 1998 Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Decisão 570/2000 - Plenário**. Auditoria de Desempenho. Projeto Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS, Secretaria de Planejamento e Orçamento, STN, SOF e Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em <[https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?lnk=\(Decisao+COM+570/2000+COM+Plenario\)\[idtd\]](https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?lnk=(Decisao+COM+570/2000+COM+Plenario)[idtd])> Acesso em 10 de junho de 2008.

BRASIL, Senado Federal. **SF MSF 00253/2000 de 12/12/2000(b)**. Propõe ao Senado Federal seja autorizada a contratação de operação de crédito externo, no valor equivalente a até Y7.309.499.820,00 (sete bilhões, trezentos e nove milhões, quatrocentos e noventa e nove mil, oitocentos e vinte ienes japoneses), entre a República Federativa do Brasil e o Japan Bank for International Cooperation - JBIC, destinada ao financiamento parcial de contratos comerciais a serem firmados com diversos fornecedores, para a importação de bens e serviços no âmbito do Programa de Modernização Gerencial e Reequipamento Hospitalar. Disponível em <http://www.senado.gov.br/sf/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=46018> Acesso em 07 de junho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2ª ed.- Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Acórdão 380/2003 - Plenário**. 2003. Auditoria de Desempenho. Monitoramento. Projeto Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS. Disponível em <[https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?lnk=\(Decisao+COM+570/2000+COM+Plenario\)\[idtd\]](https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?lnk=(Decisao+COM+570/2000+COM+Plenario)[idtd])> Acesso em 15 de agosto de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004**. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Perguntas e Respostas Sobre o Câncer**. 2004(b). Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=83> Acesso em 28 de julho de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005**. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades.

BRASIL, Senado Federal. **SF MSF 00244/2006 de 06/12/2006**. Propõe ao Senado Federal seja autorizada a contratação de operação de crédito externo no valor de até US\$ 3,074,360.33

(três milhões, setenta e quatro mil, trezentos e sessenta dólares dos Estados Unidos da América e trinta e três centavos), entre a República Federativa do Brasil e o DF DEUTSCHE FORFAIT S.R.O, cujos recursos destinam-se à aquisição de equipamentos hospitalares a serem fornecidos pela empresa MDS Nordion Inc, no âmbito do "Programa de Modernização Gerencial e Reequipamento da Rede Hospitalar". Disponível em <http://www.senado.gov.br/sf/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=79566> Acesso em 07 de junho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de controle: Tratamento do câncer no SUS. In **Situação do Câncer no Brasil**. 2006(b). Disponível em <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_cancer_sus.pdf>. Acesso em 21 de abril de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Tratamento do câncer fica mais caro no Brasil e no mundo**. 2007. Disponível em <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1607>. Acesso em 31 de julho de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Histórico do controle de câncer no Brasil**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf> Acesso em 02 de setembro de 2007(b).

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo e MATOS, Maurílio Castro. A SAÚDE NO BRASIL: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro, UERJ. 2002. Disponível em <<http://textodaenf.blogspot.com/2008/02/sade-no-brasil-reforma-sanitria-e.html>> Acesso em 10 de maio de 2006.

BRUXEL, Laerson. **Participação e Legitimação Política: O (Des)encontro de Thompson com Habermas**. 2004. Disponível em <<http://www.unb.br/fac/comunicacaoepolitica/laerson2004.pdf> > Acesso em 30 de junho de 2008.

CAMPOS, G. W. de S. O público, o Estatal, o privado e o particular nas políticas públicas de saúde. et al, Heimann LS, Ibanhes LC & Barboza R, organizadores. **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CARDOSO, F.H. Reforma do Estado. In: BRESSERPEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998, p. 15-20.

CARVALHO, Célia da S. U. de. **Pobreza e câncer do colo de útero**: estudos sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo do útero avançado em tratamento no hospital do câncer II – Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, Cecília Paiva Neto. O público e o privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006, vol.11, n. 3, ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300033&script=sci_arttext&tlng>. Acesso em 01 de outubro de 2007.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ed. Ática, 2000.

CHAUI, M. Universidade em liquidação. Artigo publicado na **Folha de São Paulo**, 11 de julho de 1999. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fof/brasil500/dc_1_2.htm> Acesso em 14 de setembro de 2008.

CHUSSUDOVSKY, Michel. Entrevista realizada por José Arbex Jr. **Caros Amigos**, n° 32, novembro de 1999.

COHEN, Mírian M. **Análise do modelo de fiscalização**: a efetividade do atual padrão sancionador da ANS sobre a situação das operadoras. 2003. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAmodeloinstitucional/01_MCohen_AnaliseModelo.pdf> Acesso em 14 de agosto de 2007.

CORNÉLIO, Renata Reis. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública**: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 131 p. Disponível em <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00004904&lng=pt&nrm=is> Acesso em 15 de agosto de 2007.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORREIA, Maria V.C. **O conselho nacional de saúde e os rumos da política de saúde brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros Internacionais. Tese de doutorado, Programa de pós-graduação da Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, 2005.

COSTA, I. **Empresas multinacionais e capacitação tecnológica na indústria brasileira**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COSTA, Nilson do R. (1998). **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**: saúde e saneamento na agenda social. HUCITEC, São Paulo.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

D'ANGELO, Chico. A nova abordagem do câncer. **Revista Rede Câncer** - N° 01 - Maio 2007. Disponível em <http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_1/06_artigo_chico_dangelo.pdf> Acesso em 23 de agosto de 2008.

DEL ROIO, Marcos. Globalização E Crise Do Estado Brasileiro. **Núcleo de estudos da Globalização**. Texto sem data de publicação. Disponível em <<http://globalization.sites.uol.com.br/globaliza.htm>> Acesso em 16 de março de 2008.

DIAS, Edmundo F. **Gramsci em Turim**. A construção do conceito de hegemonia. São Paulo: Xamã, 2000.

DIAS, Edmundo F. **Política Brasileira: embate de projetos hegemônicos**. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2006.

DINIZ, E. Empresário, Estado e Democracia: uma avaliação dos dois primeiros anos do governo Lula. Trabalho apresentado no Seminário: **La Esperanza venció el miedo? Una evaluación de los primeros años del gobierno Lula en Brasil**, promovido pelo Centro de Estudios Brasileños (Ceb) de la Universidad de Salamanca, entre os dias 23 e 25 de fevereiro de 2005. Disponível em <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/elidiniz_empresariogovernolula.pdf> Acesso em 21 de maio de 2008.

DIREITO 2. **CAE aprova empréstimo externo para compra de equipamento hospitalar**. 12 de dezembro de 2006. Disponível em <<http://www.direito2.com.br/asen/2006/dez/12/cae-aprova-emprestimo-externo-para-compra-de-equipamento-hospitalar>> Acesso em 21 de agosto de 2008.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975

DUARTE, A. O processo de reforma da previdência social pública brasileira: um novo padrão de regulação social do Estado? **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano XXIV, Nº 73, São Paulo: Cortez, 2003.

DUPAS, Gilberto. Tensões Contemporâneas entre Público e Privado. **Caderno de Pesquisa**, v.32, n. 124, p. 33-42, jan/abril. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n124/a0335124.pdf>> acesso em 26/05/2008> Acesso em 10 de janeiro de 2008.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador** – formação do Estado e civilização. V. 2. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ELIAS, Paulo E. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. **Estudos Avançados**, 1999, vol.13, n. 35, ISSN 0103-4014.

ELIAS, Paulo. E. Estado e Saúde os desafios do Brasil contemporâneo. In **São Paulo em Perspectiva**, 18(3): 41-46, 2004.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal. 1884.

ENGELS, F; MARX, K. **Obras escolhidas** Vol. 2. Ed. Alfa - Omega. São Paulo. 2ª ed. Rio de Janeiro.

ENGELS, Friedrich. **Ludwig Feuerbach e o fim da filosofia clássica alemã**. Textos 1. São Paulo: Alfa-Omega, 1977.

FALCÃO, Maria do Carmo. A Seguridade na travessia do Estado assistencial brasileiro. In: SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, M. do C.; FLEURY, Sonia M. T. **Os Direitos (dos desassistidos) sociais**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002, p. 110-126.

FALEIROS, V. de P. **A Política Social do Estado Capitalista**. 8ª ed.rev. São Paulo: Cortez, 2000.

FERNANDES, F. **Revolução Burguesa no Brasil: Ensaio de Interpretação Sociológica**, 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FIGUEIREDO, Ireni M. Z. **Desenvolvimento, Globalização e Políticas Sociais: Um Exame das Determinações Contextuais dos Projetos de Reforma da Educação e da Saúde Brasileiras da Última Década**. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Campinas, 2006.

FILGUEIRAS, Luiz. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In **Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales**. Basualdo, Eduardo M.; Arceo, Enrique. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Agosto 2006. ISBN: 987-1183-56-9 Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>> Acesso em 08 de fevereiro de 2008.

FLEURY, Sonia. **Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina**. *Rev. Saúde Pública*, Jun. 1995, vol.29, nº. 3, p.243-250. ISSN 0034-8910. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300013> Acesso em 11 de agosto de 2008.

FONSECA, F. O Ultraliberalismo e seus Contendores. In caderno de textos do **3º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política**. Área Teoria Política. Niterói, RJ: 2002. Disponíveis em <<http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/teopol1.5.doc>> acesso em 28 de abril de 2008.

GABRIEL, Ivana M. Comentários sobre a nova Lei da Parceria Público-Privada. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 782, 24 ago. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7185>> Acesso em 10 de julho de 2008.

GADELHA C. A. G; QUENTAL, C; FIALHO, B.C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1): 47-59.

GARZON, Luis F. N. Parcerias Público-Privadas completam desmonte do Estado. **Correio Cidadania**, Ed. 409, agosto 2004. Disponível em <<http://www.forociudadano.com/nacional/GarzonParceriaPublicoPrivadoBrasil.htm>> Acesso em 10 de julho de 2008.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 1, caderno 9. tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. 5ª ed. Trad. Luiz Mário Gazzaneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

GRANEMANN, Sara. **Fundações Estatais: projeto de Estado do capital (Coletânea - FSS/UERJ)**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2007.

GUERRA, M. R. GALLO C. V. M. GULNAR e MENDONÇA, A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Ministério da Saúde. **Rev. Brasileira de Oncologia**. Volume 51 nº 3 Jul/Ago/Set 2005. Rio de Janeiro.

HABERMAS, J. **A inclusão do outro: estudos de teoria política**. 2ª Ed. São Paulo: Loyola, 2004.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 15ª ed. São Paulo: Loyola, 2006.

HOBBS, Thomas. **Leviatã, ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil**. Col. Os Pensadores. São Paulo: Ed. Abril Cultural, 1979.

HOBSBAWN, E. **Era dos Extremos**: O Breve século XX: 1914-1991. Tradução: Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

HÖFLING, E. de M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedex**, ano XXI, nº 55, novembro/2001, p. 30-41. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>> Acesso em 26 de abril de 2007.

HOLANDA, Sergio, B. de. Anos 1930: Sergio Buarque de Holanda: A superação das raízes ibéricas. In REIS, J. C. **As Identidades do Brasil**: de Vanhagen a FHC. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

HUGGINS, Martha K. **Polícia e Política**: relações Estados Unidos/América Latina. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. Ano 2, n. 3, jan-jun 2001, p. 9-31.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: Capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. de, **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. – 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1988.

IGLESIAS, Francisco. **Trajatória Política do Brasil**: 1500-1964. São Paulo, Companhia das Letras. 1993.

KANAMURA, Alberto H. Organizações Sociais e Parcerias Público-Privadas. **Debates GV Saúde**. Volume 1 – 1º semestre de 2006.

KLIGERMAN, Jacob. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(1): 3-7.

KURZ, Robert. **O Colapso da Modernização**: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial. Trad. Karen Elsabe Barbosa. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra. 1999.

LEHER, Roberto. Um novo senhor da educação? A política educacional do Banco Mundial para a periferia do capitalismo. **Revista Outubro**, São Paulo, n.3, 1999.

LEHER, Roberto. Universidade no Brasil e na América Latina: tensões e contradições entre o público e o privado. **Revista Brasileira de Educação**. Jan./Apr. 2007, vol.12, nº. 34, p.171-

177. ISSN 1413-2478. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a15v1234.pdf>> Acesso em 05 de abril de 2008.

LEITE, J. L.; RODRIGUES, M. P. Questão social e saúde na atualidade: reflexões acerca da AIDS e da saúde mental. **Congresso Internacional de Maltrato al Adulto Mayor**, 2001. Disponível em: <<http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p16.2.htm>> Acesso em 15 de agosto de 2004.

LESSA, S. **Neo-Liberalismo e os limites entre a negociação e a capitulação**: A greve das universidades Federais, Maceió, 1998.

LICHTENSZTEJN, S.; BAER, M. **Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial**. Estratégias e políticas do poder financeiro. Tradução: Nathan Giraldi. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987, p. 34.

LIMA, Juliano de C. HISTÓRIA DAS LUTAS SOCIAIS POR SAÚDE NO BRASIL. Revista Eletrônica do Neddade: **Trabalho Necessário**. Ano 4, Nº 4. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/Juliano%20TN4.htm>> Acesso em 05 de abril de 2008.

MALTA, S. B. B. Desigualdade e Direitos Sociais. In: AMARAL, M. V. B; TRINDADE, R. L. P. (Org.). **Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais**. Maceió: EDUFAL, 2001.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. Coleção: Os Economistas. Tradução de Carlos Eduardo S. Matos, Reis de C. Andrade e Dinah de A. Azevedo. Abril Cultura: São Paulo, 1982.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação**. – 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Vol. I livro I: o processo de produção do capital, t. I. São Paulo: *Nova Cultural*, 1996, 496p (Coleção Os Economistas).

MARX, Karl. **O processo de produção do capitalismo**: Crítica da economia política. Livro 1, Volume 2. Tradução de Reginaldo Sant’Ana. Civilização Brasileira. 20ª ed.. Rio de Janeiro. 2005.

MARZIALE, Maria H. P; MENDES, Isabel A. C. A Organização Pan-Americana da Saúde comemora o seu centenário em dezembro de 2002. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, sep./oct. 2002, vol.10, no.5, p.623-627. ISSN 0104-1169.

MASSON, F. de M. A “terceira via” na reforma da saúde pública brasileira. In **Temporalis**, ano VII, n. 13, p. 39-65, São Luis: jan.-jun, 2007.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Desenvolvendo e Oferecendo Idéias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000, 307f.

MEDEIROS, S. M. de A. **Direção das lutas dos trabalhadores**: o caso da Reforma Sanitária brasileira. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2008, 251f.

MEDICI, A. C. Financiamento Público e privado em saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa. Nota Técnica de Saúde, **Banco Interamericano de Desenvolvimento**. N. 3, 2005, 30p.

MENDES, Isabel A. C; MARZIALE, Maria H. P. A Organização Pan-Americana da Saúde comemora o seu centenário em dezembro de 2002. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Sept./Oct. 2002, vol.10, nº. 5, p.623-627. ISSN 0104-1169. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a1.pdf>> Acesso em 15 de fevereiro de 2008.

MERHY, Emerson Elias **A saúde pública como política: um estudo de formadores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo; Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2002.

MÉSZÁROS, István. **O Desafio e o Fardo do Tempo histórico: O socialismo no século XXI**. Tradução: Ana Cotrim; Vera Cotrim. São Paulo: Boitempo, 2007.

MICELI, P. **O Feudalismo**. 3ª Ed. São Paulo: Atual, 1988.

MINTO, L. W. **O Público e o Privado nas reformas do ensino superior brasileiro: do golpe de 1964 aos anos 90**. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Campinas, 2005.

MIRRA, Antonio P. **Registros de Câncer no Brasil e sua História**. Tomgraf Editora Ind. Gráfica Ltda. São Paulo, 2005.

MONTAÑO, C. E. Das “lógicas do estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e “terceiro setor” em questão. **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano XX, Nº 59, São Paulo: Cortez, 1999.

MONTAÑO, C. E. Reforma do Estado e “terceiro setor”, o novo trato à questão social no contexto da reforma do Estado. In: **Serviço Social trabalho e direitos sociais**. Maceió: Edufal, 2001.

MOTA. A. E. **Cultura da crise e Seguridade Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA. A. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. CD ABEPSS. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

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

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós - 64**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, J. P; FALCAO, M. C. **Cotidiano: Conhecimento e Crítica**. São Paulo: Cortez, 1987.

NOGUEIRA, Marco A. **Um Estado para a sociedade civil**. Temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

NOGUEIRA, Vera M. R. **O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro: Construindo uma nova agenda.** Tese de doutorado, Programa de pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Trabalho inédito.

OLIVEIRA, F. de, A economia da social-democracia. In. *Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo, Revista da USP*, São Paulo, USP, nº 17, Mar/Mai. 1993.

OLIVEIRA, F. de, Neoliberalismo à brasileira. In Sader, Emir; Gentili, Pablo. Org. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**, 6ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

OLIVEIRA, F. de, O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. **Novos Estudos**. Cebrap, 22 de out. de 1988.

OLIVEIRA, F. de, **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita.** Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Jaime A. Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária"). **Cad. Saúde Pública**, Oct.Dec. 1987, vol.3, no.4, p.360-387. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, Mariana M. do N. (Org.) **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ/ Faculdade de Serviço Social - Projeto Políticas Públicas de Saúde. 2007.

PEREIRA L. C. B. De volta ao Capital Mercantil. In Maria Angela D'Incao, **História e Ideal: Ensaios sobre Caio Prado Jr.** São Paulo, Brasiliense, 1989: 279-297. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1988/88b-CapitalMercantil.pg.pdf>> Acesso em 18 de maio de 2008.

PEREIRA NETO, A. de F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (2): 399-409, abr-jun, 2000.

PEREIRA, Larissa D. **Políticas Públicas de Assistência Social brasileira: avanços, limites e desafios.** Disponível em <<http://www.cpihts.com/PDF02/Larissa%20Dahmer%20Pereira.pdf>> Acesso em 20 de agosto de 2006.

PINTO, Márcia. Tabagismo: um mal à saúde e aos cofres públicos. In. Brasil –Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Revista rede de câncer**. Nº 5, junho 2008. Disponível em <http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_5/revista_rede_cancer_5_fina_l_web.pdf> Acesso em 20 de julho de 2008.

PIOLA, Sérgio F. Perspectivas da descentralização na saúde pública. **Observatório da Cidadania** 2002. Disponível em <http://www.socialwatch.org/es/informeImpreso/pdfs/panorbrasileiroc2002_bra.pdf> Acesso em 11 de agosto de 2008.

POLIGNANO, Marcus V. História das Políticas de Saúde no Brasil. **Cadernos do Internato Rural – Textos de Apoio** 2001. Disponível em

<http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf > Acesso em 11 de junho de 2008.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder, o socialismo**. 3ª. Ed. Tradução de Rita Lima. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990.

QUINHÕES, Trajano A.T; SANTOS, Gabriel F. dos. Transformações no processo de gestão da saúde no Brasil. **VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Panamá, 28-31 Oct. 2003. Disponível em <http://www.clad.org.ve/fulltext/0047311.pdf> acesso em 19 de junho de 2008.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social** – Caminhos da Construção Democrática. 1ª. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

RAICHELIS, Raquel. **Programa de Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3: Política Social: Organização e Gestão das Políticas Sociais no Brasil: Desafios da Gestão democrática das Políticas Sociais – Brasília – UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distancia, 2000, p. 59-70.

RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RIZZOTTO, Maria L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

SABOIA, J. Salário e Produtividade Na Economia Brasileira: Os Efeitos da Política Salarial. **Pesquisa e Planejamento Econômico** (Rio de Janeiro), v. 20, n. 3, p. 581-599, 1990.

SADER, E. S. O público, o estatal e o privado et al, Heimann LS, Ibanhes LC & Barboza R, organizadores. **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

SADER, Emir. A hegemonia neoliberal na América Latina. In Sader, Emir; Gentili, Pablo. Org. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**, 6ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

SANGLARD, G. P. **Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940**. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em História da Ciência da Saúde, Rio de Janeiro, 2005.

SANTINI, Luis A. Diretor do Inca aponta desafios para implantação de política de controle do câncer. **Agência Brasil**, 2007. Disponível em <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/03/13/materia.2007-03-3.0308811752/view>> Acesso em 31 de julho de 2008.

SANTOS, Gabriel F. dos. **Financiamento e Investimentos na Saúde Pública do Brasil no Período 1995/2002**. Salvador, 2003. Disponível em <<http://www.pecs.ufba.br/Artigo%20Financ.%20e%20Inves.%20em%20Sa%FAde%20P%FAblica.pdf>> Acesso em 17 de julho de 2008.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SCHEFER, M. e BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. et al, HEIMANN L.S; IBANHES L.C; & BARBOZA R. (org). **O Público e o Privado na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

SCHMIDT, V. V. Sociedade Civil Organizada, Políticas Públicas e Políticas de Saúde no Brasil. **Rev. Internacional Interdisciplinar INTERTHESIS**, v. 3, n° 1. Florianópolis, 2006.

SCOTTI, Ricardo. *Para entender a NOB-96. Uma Agenda Para a Saúde*: contribuições para a X CNS: entidades, instituições e pessoas em defesa da Reforma Sanitária e do SUS. Brasília, agosto/setembro, 1996. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html>> Acesso em 02 de setembro de 2007.

SEMERARO, G. **Gramsci e a sociedade civil**. Cultura e educação para a democracia. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SERRA, Carlos H. A; SERRA, Maurício A. Neoliberalismo, Políticas Governamentais e Exclusão Social no Brasil. **III Congresso Brasileiro de História Econômica e 4ª Conferência Internacional de História de Empresas**. Curitiba, 29 de agosto a 1º de setembro de 1999. Disponível em <www.abphe.org.br/congresso1999/Textos/CARL_4C.pdf> Acesso em 22 de maio de 2008.

SIMIONATTO, I. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influencia no Serviço Social, 3ª Ed. Florianópolis: Ed. Da UFSC; São Paulo: Cortez, 2004.

SOBOUL, A. **A revolução Francesa**. Tradução de Rolando R. da Silva. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

STOTZ, Eduardo N. Trabalhadores, Direito à Saúde e Ordem Social no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, 17(1), p. 25-33, 2003.

TEIXEIRA, Francisco J. S; OLIVEIRA Manfredo A. de (org.) **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Cortez, Fortaleza: Universidade estadual do Ceará: 1998.

TEIXEIRA, S. F.(org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

TEIXEIRA, S. M. Políticas Sociais no Brasil: a história (e atual) relação entre “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social. **Sociedade em Debate**, n° 36, Escola de Serviço Social/UCPEL, v. 13, N. 2, p. 45-64, julho-dezembro de 2007.

TELLES, Vera da Silva. *Espaço Público e o Espaço Privado* na construção do Social. **Tempo Social**, v.2 (1), p. 23 – 48, 1990.

THERBON, Goran. A crise e o futuro do Capitalismo. In Sader, Emir; Gentili, Pablo. Org. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático, 6ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VERONEZ, LUIZ F. C. **Quando o Estado joga a favor do Privado:** As políticas de esporte após a Constituição Federal de 1988. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005, p. 370.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12 supl., nov. 2007, p. 1765-1777.

VIANNA, Maria L. T. W. Reforma do Estado e política social: notas à margem do tema. In BRAVO, Maria I. S; PEREIRA, Débora de S; MENEZES, Juliana S. B. de; VIEIRA, Evaldo. **Democracia e Política social**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

WILLIAMS, Raymond. **Palabras-clave:** um vocabulário de la cultura y la sociedad. Buenos Aires: Nueva Vision, 2000.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

ZANATTA, Mariana N. **Políticas Brasileiras de Incentivo à Inovação e Atração de Investimento Direto Estrangeiro em Pesquisa & Desenvolvimento**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.