



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

VIVIANE MEDEIROS DOS SANTOS

**O PROTAGONISMO DO ESTADO NA EXPANSÃO E LUCRATIVIDADE DO
SETOR PRIVADO DA SAÚDE: O PARASITISMO DO SETOR PRIVADO AO SUS**

Maceió
2022

VIVIANE MEDEIROS DOS SANTOS

**O PROTAGONISMO DO ESTADO NA EXPANSÃO E LUCRATIVIDADE DO
SETOR PRIVADO DA SAÚDE: O PARASITISMO DO SETOR PRIVADO AO SUS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Valéria Costa
Correia

Maceió
2023

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237p Santos, Viviane Medeiros dos.
O protagonismo do Estado na expansão e lucratividade do setor privado da saúde : o parasitismo do setor privado ao SUS / Viviane Medeiros dos Santos. – 2023.
210 f. : il.

Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 197-210.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Estado. 3. Política de saúde. 4. Fundo público. 5. Saúde - Setor privado. I. Título.

CDU: 614:339.16.012.32

Dedico este trabalho à minha filha, Ayana. Por me ensinar todos os dias a ver a vida com outros olhos, a me incentivar a ser e lutar por um mundo melhor. Seu amor e alegria têm sido meu combustível diário.

AGRADECIMENTOS

Ninguém alcança nenhum objetivo sozinho, ao longo do caminho encontramos pessoas que são capazes de tornar uma jornada difícil um pouco mais leve, e são a essas pessoas que hoje dirijo meu sentimento de gratidão.

À minha mãe, Maria Feitosa de Medeiros, por toda preocupação, apoio e orações para que eu concluísse essa etapa. Mais não só, seu amor e cuidado durante a chegada de Ayana, nos seu primeiro mês de vida, foi imprescindível em nossas vidas, não tenho palavras que possam expressar minha gratidão e o quanto foi significativo. Naquele momento, pude reconhecer mais ainda o valor e o amor que uma mãe é capaz de doar a seus filhos. Obrigada por tudo que fez e faz por nós!

Aproveito para estender esses agradecimentos aos meus irmãos, Valdemir, Vânia e Carlos por todo companheirismo e torcida de sempre.

À minha amada filha, Ayana, eu agradeço por sua vida. Seu nascimento no dia 16 de março de 2021, em plena pandemia, trouxe esperança e alegria em nossas vidas, mas também alguns desafios, dentre eles, o de conciliar o tempo entre os cuidados com um bebê e a conclusão do doutorado. O caminho foi longo até chegar até aqui, como diz seu pai: “o que demora não são os anos, mas os dias”, e a cada dia eu descobri com você ser possível conciliar a dura tarefa de ser uma mãe pesquisadora, numa sociedade patriarcal, marcadamente machista. Você foi e tem sido minha maior inspiração e motivação para concluir este ciclo. Você me transformou em uma melhor versão, a de ser a sua mama, como você gosta de falar. Te amo até o infinito!

Ao meu esposo e companheiro, Aruã, por seu apoio e incentivo, mesmo diante de tantos momentos de estresses e mal humor. Sem você, tenho certeza de que esta caminhada seria muito mais difícil. Seu apoio e cumplicidade, seu cuidado desmedido com nossa pequena, tornam a minha conquista nossa conquista. Sua paciência invejável faz eu perceber a cada dia a sorte de te ter ao meu lado, obrigada por tudo!

Agradeço também a minha sogra, Lourdes, e ao meu sogro, Geraldo, pelo cuidado, apoio e carinho que tiveram comigo e Ayana durante os meses que passamos em sua casa, para que eu pudesse me dedicar a escrita da tese.

À minha orientadora, professora Maria Valéria Costa Correia, minha referência de pesquisadora e militante durante toda minha trajetória acadêmica e profissional, que se iniciou desde a graduação, quando ingressei no Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, sob sua coordenação. Já são 14 anos de orientações,

partilha e confiança imprescindíveis em meu desenvolvimento profissional e intelectual. Obrigada professora pelo respeito, oportunidades e incentivos durante todos esses anos.

Ao professor José Menezes Gomes, o qual tenho profundo respeito e admiração. Sou grata pelo aceite do desafio da coorientação deste trabalho e disponibilidade às minhas demandas. Seus ensinamentos e questionamentos durante este processo foram essenciais para construção desta pesquisa. Agradeço também por compreender minhas limitações e apoiar minhas decisões.

Aos demais membros da banca examinadora: a professora Maria Inês Souza Bravo, por mais uma vez aceitar o convite em contribuir em meu processo de formação. Referência no debate da saúde no Serviço Social, seus ensinamentos vão para além de contribuições teóricas e acadêmicas, extrapolam os muros da universidade. Sua força e vigor na militância desperta corações e mentes, renovando o ânimo para as lutas. À professora Silvana Márcia de Andrade Medeiros, registro minha alegria em poder contar com sua participação na banca de defesa, pelo apoio e carinho em etapas anteriores a esta tese. À professora Andréa Pacheco por sua pronta disponibilidade em participar da banca final, mesmo num curtíssimo espaço de tempo, suas reflexões foram de grande valia para este trabalho. Às professoras que participaram da qualificação, professora Rosa Lúcia Prêdes Trindade, pelos vários momentos em que compartilhou seus ensinamentos, desde a graduação, nos projetos de pesquisa, mestrado e durante o doutorado. Com seu olhar de pesquisadora atenta trouxe novas inquietações e reflexões a este trabalho. Deixo ainda meu agradecimento à professora Joseane Barbosa de Lima, pelas contribuições e sugestões durante a banca de qualificação.

A todos os colegas da turma 2017.2, desbravadores da primeira turma de doutorado em Serviço Social da UFAL, Aline Nomeriano, Fernando Bizerra, Gladson Rosas, Mayra Barbosa, Mônica Regina, Tatiana Lyra, Uelber Silva, em especial: a Islânia Rocha, pelos inúmeros momentos em que compartilhamos das angústias e dores de conciliar o doutorado com a maternidade, mas sobretudo pelo apoio, incentivo e carinho durante essa jornada. Agradeço também a Jaqueline Lima, por toda preocupação, disponibilidade nos últimos anos.

A todos os docentes e técnicos que constroem o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas.

Ao Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, espaço onde tive a oportunidade de aprender e vivenciar o verdadeiro sentido da universidade, com experiências que levarei para o resto de minha vida. A todos os integrantes com quem vivenciei, especialmente a Pâmela Lins, pesquisadora e amiga com quem

compartilho espaços de militância e projetos de pesquisa, obrigada pelo auxílio com a coleta dos dados desta pesquisa.

Aos companheiros e companheiras do Fórum Alagoano em Defesa do SUS, por me proporcionarem vivenciar os desafios e alegrias da militância em defesa de uma saúde pública.

Agradeço ainda o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes – Código de Financiamento 001), por ter fomentado a realização desta pesquisa.

Por fim, agradeço a todos/as que direta ou indiretamente me acompanharam, torceram, e me incentivaram durante essa caminhada.

RESUMO

A presente tese tem como objetivo investigar o papel do Estado na expansão e lucratividade do setor privado da saúde, no contexto de crise e financeirização do capital, e quais as particularidades pós golpe de 2016. Para alcançar o objetivo proposto, do ponto de vista teórico-metodológico recorreu-se à pesquisa bibliográfica a partir de autores clássicos e contemporâneos legatários da tradição histórico crítica. A pesquisa documental também foi uma das metodologias utilizadas para se alcançar os objetivos, através da análise das legislações relacionadas a referida política, além da base de dados do governo federal como Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), assim como outras fontes de dados secundárias. A exposição da investigação foi dividida em três seções centrais. Na segunda, tratou-se da formação e organização do Estado, particularizando o Estado Moderno nos marcos da sociedade burguesa e sua função no processo de produção e reprodução do capital. Ao longo da exposição destaca-se que a crise do capital demandou um conjunto de respostas, desde a reestruturação produtiva a expansão da esfera financeira em busca de novos nichos de acumulação e reposição de suas taxas de lucro, encontrando nas políticas sociais, em que se percebe a política de saúde, mais uma expansão de mercantilização. Assim, continuamos nosso estudo procurando entender a gênese e os pressupostos do capital financeiro, que tem sua expressão mais contundente no capital portador de juros, e, este último, na dívida pública. Na terceira seção fizemos um balanço dos pressupostos neoliberais enquanto ideologia ordenadora do capitalismo em crise, visto ser este um elemento fundamental na análise do reordenamento do Estado, que tem direcionado a ofensiva do capital sobre a classe trabalhadora e as políticas sociais, conformadas no processo de contrarreforma do Estado. No Brasil, observou-se que os processos de contrarreformas do Estado, em curso desde os anos 1990, tem repercutido negativamente na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os preceitos defendidos pelo Projeto da Reforma Sanitária dos anos 1980, com a presença de projetos antagônicos que têm sido fortalecidos pelo Estado. Evidenciando que o pós-golpe de 2016 marca uma nova etapa de continuidades, mas, sobretudo, de ofensiva evidente contra o direito à saúde pública, universal, estatal e gratuita com um projeto de SUS totalmente submetido ao mercado. Na quarta e última seção, buscou-se demonstrar a partir da apreciação do material empírico pesquisado o protagonismo do Estado brasileiro na facilitação da captura do fundo público por parte dos grupos privados de saúde, através de três mecanismos referentes à assistência à saúde. O panorama geral nos permitiu concluir que, independentemente dos governos aqui analisados, reconhecendo-se suas devidas diferenças, o papel do Estado na expansão e na lucratividade dos diversos grupos privados tem sido primordial, se destaca em todos eles, seja em um determinado aspecto ou em outro. O que reafirma o caráter de classe que possui o Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Estado; Política de Saúde; SUS; Fundo Público; Setor privado da saúde.

ABSTRACT

This thesis aims to investigate the role of the State in the expansion and profitability of the private health sector in the context of crisis and financialization of capital and what are the particularities after the coup of 2016. To achieve the proposed objective, from a theoretical and methodological point of view, we resorted to bibliographic research based on classical and contemporary authors who are legatees of the critical historical tradition. Documentary research was also one of the methodologies used to achieve the objectives through the analysis of legislation related to the referred policy, in addition to the federal government's database such as the National Register of Health Establishments (CNES) and the Computer Department of the Single Health System (DATASUS), as well as other secondary data sources. The exposition of the research was divided into three central sections. The second section deals with the formation and organization of the State, with particular attention to the Modern State in the framework of bourgeois society and its function in the process of production and reproduction of capital. Throughout the exposition, it is emphasized that the crisis of the capital demanded a set of responses, from the restructuring of production to the expansion of the financial sphere in search of new niches of accumulation and reposition of its profit rates, finding in social policies, in which health policy is perceived, one more expansion of mercantilization. Thus, we continue our study seeking to understand the genesis and assumptions of financial capital which has its most forceful expression in interest-bearing capital, and, the latter, in public debt. In the third section we made a survey of the neoliberal assumptions as an ordering ideology of capitalism in crisis, since this is a fundamental element in the analysis of the reordering of the State which has directed the offensive of capital against the working class and the social policies, shaped in the counter-reform process of the State. In Brazil, it was observed that the State counter-reform processes, underway since the 1990s, have had negative repercussions on the consolidation of the Unified Health System (SUS), according to the precepts defended by the Health Reform Project of the 1980s, with the presence of antagonistic projects that have been strengthened by the State. We highlighted that the post-coup of 2016 marks a new stage of continuities, but above all, of evident offensive against the right to public, universal, state, and free health with a project of SUS fully submitted to the market. In the fourth and last section, we sought to demonstrate from the appreciation of the empirical material researched the protagonism of the Brazilian State in facilitating the capture of the public fund by private health groups, through three mechanisms concerning health care. The general panorama has allowed us to conclude that, independently of the governments analyzed here, recognizing their differences, the role of the State in the expansion and profitability of the diverse private groups has been primordial, it stands out in all of them, in one aspect or another. This reaffirms the class nature of the State.

Keywords: State; Health Policy; SUS; Public Fund; Private Health Sector

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo investigar el papel del Estado en la expansión y rentabilidad del sector privado de la salud, en el contexto de la crisis y la financiarización del capital y cuáles son las particularidades después del golpe de Estado de 2016. Para lograr el objetivo propuesto, desde un punto de vista teórico y metodológico, se recurrió a una investigación bibliográfica basada en autores clásicos y contemporáneos que son legados de la tradición histórica crítica. La investigación documental también fue una de las metodologías utilizadas para alcanzar los objetivos, a través del análisis de las legislaciones relacionadas con la referida política, además de la base de datos del gobierno federal como el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) y el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), así como otras fuentes de datos secundarios. La exposición de la investigación se dividió en tres secciones centrales. En el segundo, se trató la formación y organización del Estado, particularizando el Estado Moderno en los hitos de la sociedad burguesa y su función en el proceso de producción y reproducción del capital. A lo largo de la exposición se destaca que la crisis del capital exigió un conjunto de respuestas, desde la reestructuración productiva hasta la expansión de la esfera financiera en busca de nuevos nichos de acumulación y reposicionamiento de sus tasas de ganancia, encontrando en las políticas sociales, en las que vemos la política de salud, una expansión más de la mercantilización. Así, continuamos nuestro estudio buscando comprender la génesis y los supuestos del capital financiero, que tiene su expresión más contundente en el capital con intereses y, éste, en la deuda pública. En la tercera sección hicimos una uncuesta de los supuestos neoliberales como ideología ordenadora del capitalismo en crisis. Ya que este es un elemento fundamental en el análisis de la reordenación del Estado, que ha dirigido la ofensiva del capital sobre la clase obrera y las políticas sociales, plasmadas en el proceso de contrarreforma del Estado. En Brasil, se observó que los procesos de contrarreforma del Estado, en curso desde la década de 1990, han repercutido negativamente en la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS), según los preceptos defendidos por el Proyecto de Reforma Sanitaria de la década de 1980, con la presencia de proyectos antagónicos que han sido fortalecidos por el Estado. Destacamos que el post-golpe de 2016 marca una nueva etapa de continuidades, pero sobre todo, de evidente ofensiva contra el derecho a la salud pública, universal, estatal y gratuita con un proyecto de SUS totalmente sometido al mercado. En la cuarta y última sección, buscamos demostrar a partir de la apreciación del material empírico investigado el protagonismo del Estado brasileño en la facilitación de la captura del fondo público por parte de los grupos sanitarios privados, a través de tres mecanismos relacionados con la atención sanitaria. El panorama general nos ha permitido concluir que, independientemente de los gobiernos aquí analizados, reconociendo sus diferencias, el papel del Estado en la expansión y rentabilidad de los distintos grupos privados ha sido primordial, destaca en todos ellos, ya sea en un aspecto particular o en otro. Esto reafirma la naturaleza de clase del Estado.

Palabras-clave: Estado; Política sanitaria; SUS; Fondo público; Sector privado de la salud.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Orçamento da saúde – pós Lei 8.080, de 1990 (em Reais)	125
Gráfico 2 -	Orçamento Federal Executado em 2021	133
Gráfico 3 -	Início dos contratos nos estabelecimentos geridos por OSSs no Brasil de 1994 a 2020	141
Gráfico 4 –	Repasse do fundo público para a produção hospitalar - Brasil	156
Gráfico 5 –	Repasse do fundo público para a produção ambulatorial - Brasil	157
Gráfico 6 –	Gastos públicos com saúde por esfera administrativa e receitas de empresas de planos de saúde, Brasil, 2005 a 2019	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estados e número de municípios que possuem regulamentação com OSS e número de OSSs por UF (BRASIL, 2019)	140
Tabela 2 -	OSCs: áreas e subáreas de atuação	144
Tabela 3 –	Unidades de saúde geridas por terceiros – Brasil	149
Tabela 4 –	Repasse do Fundo Público para a produção hospitalar - Brasil	155
Tabela 5 –	Repasse do fundo público para a produção ambulatorial - Brasil	156
Tabela 6 -	Renúncia fiscal em saúde às entidades filantrópicas (2003-2015)	159
Tabela 7 -	Usuários de planos de saúde (2011-2020)	165
Tabela 8 -	Renúncia fiscal em saúde (2003-2022)	167
Tabela 9 –	Operações financeiras de empresas do setor saúde, Brasil, 2020	185

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	ESTADO, CRISE DO CAPITAL E EXPANSÃO DA ESFERA FINANCEIRA	27
2.1	A formação histórica do Estado moderno: da teoria política e social burguesa à teoria social crítica de Marx	29
2.2	As funções do Estado moderno no sistema do capital	39
2.3	Reestruturação produtiva, imperialismo e financeirização do capital	48
2.3.1	Crise do capital e a reestruturação produtiva	48
2.3.2	Crise, mundialização do capital e expansão da esfera financeira: o capital portador de juros como expressão desse processo	52
2.3.3	Dívida pública e políticas sociais no contexto de expansão da esfera financeira	68
3	NEOLIBERALISMO, FUNDO PÚBLICO E AS CONTRARREFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE	77
3.1	O neoliberalismo como ideologia ordenadora	78
3.2	Antecedentes históricos da saúde no Brasil e sua relação com o setor privado	83
3.3	Dos anos 1990 aos governos do PT	94
3.4	A política de saúde nos governos ultraneoliberais de Temer e Bolsonaro: aprofundamento dos interesses do mercado	100
3.5	A relação entre fundo público e dívida pública e seus impactos no financiamento da política de saúde	119
4	A POLÍTICA DE SAÚDE COMO HOSPEDEIRA DO MERCADO: OS DIVERSOS MECANISMOS NA CAPTURA DO FUNDO PÚBLICO	137
4.1	<i>Privatizações não clássicas</i> no SUS: a captura do fundo público conduzida pelo Estado	138
4.1.1	Os modelos privatizantes de gestão na saúde	139
4.1.2	A apropriação do fundo público via complementaridade invertida no SUS	153

4.2	O apoio estatal ao mercado de planos privados de saúde: a captura do fundo público através da isenção tributária	162
4.2.1	O avanço dos grupos privados da saúde para a esfera financeira: a busca pela lucratividade	173
	REFERÊNCIAS	197

1 INTRODUÇÃO

A presente tese tem como objeto de estudo o papel do Estado na expansão e na lucratividade do setor privado da saúde, no contexto de crise e financeirização do capital, destacando as particularidades desse papel no pós-golpe de 2016. A temática da relação público *versus* privado na saúde tem sido objeto de inúmeros estudos nas mais diferentes áreas do conhecimento, no serviço social, saúde coletiva, economia política e medicina. Essa estreita relação entre o público e o privado tem sido abordada sob diferentes perspectivas, com alguns elementos novos e outros velhos conhecidos, mas que se reatualizam a partir das mudanças requeridas pela sociedade do capital na busca por formas sempre novas de extrair lucro – e que se concretizam a partir da atuação fundamental do Estado. Entendemos que o Estado brasileiro vem cumprindo a função de fortalecer essa relação, privilegiando o setor privado em detrimento do público, mesmo após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, é preciso analisar as diferenças que se colocam após o golpe de 2016 na política de saúde, quando se estabelece um novo tipo de ofensiva para garantir os interesses do mercado.

O interesse pelo estudo da privatização da saúde surgiu durante a graduação em Serviço Social, na Universidade Federal de Alagoas, a partir da minha inserção no Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (GPOP), coordenado pela Prof.^a Dr.^a Maria Valéria Costa Correia, com o desenvolvimento dos seguintes projetos de iniciação científica: “A privatização do Sistema Único de Saúde em Alagoas: repasse de recursos públicos para o setor filantrópico/privado e o controle social” (2009-2010) e “A privatização do Sistema Único de Saúde: repasse de recursos públicos para o setor filantrópico/privado e os novos modelos de gestão” (2011-2012). Em ambos fui bolsista pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Também fui bolsista do estudo decorrente da pesquisa realizada durante o mestrado, em que defendi a dissertação intitulada *As Organizações Sociais (OSs) e a Privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Contexto de Contrarreformas do Estado Brasileiro*.

Desse processo de inquietação que experimentei durante o período em que venho me dedicando a esse objeto – a relação público e privado na saúde, a qual vem sendo a principal linha de pesquisa e de atuação na extensão do GPOP –, nasce também a minha inserção na militância em movimentos sociais em defesa da saúde pública. Daí originou-se minha participação na criação do Fórum Alagoano em Defesa do SUS, em 2008, e, posteriormente, a partir desse espaço, participei, no cenário nacional, da Frente Nacional Contra a Privatização

da Saúde (FNCPS), a qual vi nascer. É a partir das discussões e vivências nesses espaços de militância e na pesquisa que venho buscando entender como as diversas formas de privatização e mercantilização da saúde têm precarizado e fragilizado, cada vez mais, a política pública de saúde no Brasil conforme propugna o projeto original da Reforma Sanitária.

Partimos do pressuposto de que o setor da saúde se constitui num mercado lucrativo para o capital, especialmente no contexto de crise do capital e expansão da esfera financeira. Nesse processo, as empresas privadas de saúde têm se fortalecido e se expandido a partir da atuação do Estado, com a captura do fundo público. Defendemos que isso tem se dado por três mecanismos: 1) por meio da complementariedade invertida¹ e 2) do repasse da gestão para o setor denominado “público não-estatal²”, com destaque para a implementação de modelos privatizantes³ de gestão na execução das políticas sociais, formas de captura do fundo público por dentro do próprio SUS; e 3) através da ampliação da atuação dessas empresas no livre mercado, com o fortalecimento dos planos privados de saúde, somado à expansão de grupos privados da saúde na esfera financeira, um fenômeno recente no setor e que se coaduna com o momento do capitalismo em sua forma financeirizada. O Estado tem sido o grande protagonista na viabilização e concretização dos interesses privados na política de saúde. Ainda nessa linha de raciocínio, temos como hipótese que, no Brasil, o protagonismo do Estado frente à ampliação e à lucratividade do setor privado de saúde se agudizou a partir do golpe empresarial-jurídico-parlamentar de 2016, perdurando no governo Bolsonaro.

É preciso deixar claro para o leitor que a distinção que aqui se faz entre os termos “mercantilização” e “privatização” é metodológica, pois entende-se que ambos os processos estabelecem a ideia da saúde como uma mercadoria, com finalidade lucrativa. Todavia, é preciso captar as distinções que se apresentam no plano político e ideológico entre os referidos termos, uma vez que parece ter se consolidado na literatura que tem abordado a temática o

¹ Expressão utilizada por Correia (2013) para indicar o processo de alocação de recursos públicos no setor privado através de convênios e contratos, o que demonstra a inversão da complementariedade do setor privado ao SUS assegurada constitucionalmente, já que os recursos públicos destinados à produção ambulatorial e aos procedimentos hospitalares têm sido alocados, em sua maioria, no setor privado/filantrópico.

² Soares (2010) desvela que essa expressão possui em si uma mistificação. Para a autora, “opera-se um feito digno de ilusionismo: cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado. O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e essa lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia de que independente dos interesses privados presentes na gestão pública esta sempre será pública, o que tem consequências drásticas para as práticas sociais no cotidiano do sistema” (SOARES, R., 2010, p. 85).

³ Considera-se que o processo de implementação desses modelos de gestão faz parte do que Granemann vem denominando de *privatizações não clássicas*, “porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos Estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54).

entendimento de que, na saúde, o termo “mercantilização” está associado à busca de serviços de saúde no livre mercado, em que se destacam as operadoras de planos de saúde, ainda que esse mercado seja composto de outras empresas, como clínicas populares e particulares que nem sempre estão conectadas a planos de saúde. No que se refere ao uso do termo “privatização” da saúde ou do SUS neste trabalho, não se trata da privatização no sentido clássico, da venda de uma empresa ou instituição pública para o setor privado, mas seu entendimento de que tudo aquilo que não é administração direta do Estado, que não está sendo executado diretamente por ele, como no caso da complementaridade invertida e dos modelos privatizantes de gestão, é privatização.

Assim, iniciamos nosso percurso investigativo com o levantamento do estado da arte do objeto pesquisado⁴, selecionando os trabalhos que abordavam a temática da “mercantilização”, da “privatização” e, ainda, da “financeirização” na área da saúde. Para tanto, recorremos ao catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como ao seu portal de periódicos. A partir do levantamento dos principais estudos, foi possível verificar que estes têm abordado o tema de forma particularizada, focada seja na privatização, seja na mercantilização da saúde, muitas vezes com a proposição de estudo de casos.

Durante a leitura, identificou-se que não há uma precisão conceitual a respeito do que se considera como privatização no que tange às funções sociais do Estado. Alguns autores expõem a existência de duas grandes interpretações, uma ampla e outra restrita – neste último caso, “privatização” seria apenas “a transferência de ativos ou de ações de empresas estatais para o setor privado”, ao passo que a interpretação ampla do termo o caracteriza como o “fenômeno da diminuição das ações do Estado em benefício e/ou razão de maior participação do setor privado” (DI PIETRO).

A partir dessas duas grandes interpretações, foi possível observar que as produções referentes ao tema, nas diversas áreas do conhecimento, ainda que partindo da interpretação de caráter amplo, acabam por focar aspectos específicos, como o repasse da gestão para o setor privado, especialmente para as OSs ou para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A proposta desta pesquisa é mais ampla, indo no sentido de identificar as várias tendências e mecanismos de privatização e mercantilização da saúde, considerando ser o Estado o principal agente regulador e executor de tais mecanismo. No que

⁴ A revisão de literatura ou estado da arte compõe um dos objetivos da disciplina Seminário de Tese I do Doutorado em Serviço Social do PPGSS/UFAL. Desse modo, apresentamos durante o referido seminário, ocorrido em 2019, o resultado desse levantamento.

se refere à abordagem da mercantilização da saúde, que ocorre via mercado de planos privados e seguros de saúde, identifica-se uma abordagem autônoma sem correlação com o processo de privatização da saúde. Já o estudo da expansão da esfera financeira ou financeirização na saúde possui literatura recente: no Serviço Social, não foram encontradas teses e dissertações que abordem o tema, o que demonstra que existem lacunas nessa produção. Muitos autores conhecidos⁵ têm se debruçado sobre o estudo desse fenômeno de forma ampla, ou, ainda, correlacionando-o às políticas sociais de forma geral. Com foco na saúde, a bibliografia encontrada está no campo da saúde coletiva e da economia⁶.

Esta pesquisa visa somar-se às demais contribuições existentes tanto no campo do Serviço Social como nas diversas áreas aqui citadas. Isto se dará a partir do esforço de compreender os processos de privatização e mercantilização da saúde brasileira, à luz dos fundamentos teórico-históricos do Estado na sociedade capitalista, sob uma perspectiva crítico-dialética. A articulação entre as diferentes formas de privatização e mercantilização na saúde permitirá demonstrar que esses são processos que se coadunam e se conectam a um só objetivo: o da captura do fundo público da saúde.

A investigação desenvolvida partiu dos seguintes problemas de pesquisa: qual o papel do Estado na expansão e lucratividade do setor privado da saúde, no contexto de crise e expansão da esfera financeira, e quais as particularidades desse papel no pós-golpe de 2016? Quais os fundamentos e determinações históricas que explicam a atuação do Estado nos processos de privatização e mercantilização da saúde? Como os governos brasileiros, desde os anos 1990, têm concretizado os interesses dos grupos que comandam o setor da saúde no que se refere à mercantilização e à privatização da saúde, e quais as particularidades desse processo no período pós-golpe de 2016?

A pesquisa tem como objetivo geral analisar o protagonismo do Estado na expansão e lucratividade do setor privado da saúde, no contexto de crise e financeirização do capital, e as particularidades desse protagonismo após o golpe de 2016. Para responder a essa finalidade mais geral, tem-se como objetivos específicos: estudar os fundamentos que explicam o protagonismo do Estado no favorecimento do setor privado na saúde; examinar as tendências da alocação do fundo público, destinado à saúde, no contexto de crise e financeirização do capital; caracterizar a apropriação do fundo público pelos grupos privados de saúde a partir dos diversos mecanismos de privatização e mercantilização; averiguar as particularidades do favorecimento desses grupos privados pelo Estado no pós-golpe de 2016.

⁵ Behring; Brettas.

⁶ Sestelo, Mendes.

Nesse sentido, foi relevante explicar as tendências que estão em curso na política de saúde no capitalismo contemporâneo, as quais vêm transformando a área social, em especial a saúde, criando nichos de acumulação para o capital financeirizado, em paralelo ao desmonte do sistema público de saúde no caso brasileiro. Esta pesquisa pretende, assim, contribuir para desvelar de que modo têm se ampliado essas formas de captura do fundo público na política de saúde, buscando iluminar o protagonismo do Estado nos processos de privatização e mercantilização da saúde, expressos na ampliação e no fortalecimento do setor privado.

Para responder às indagações apresentadas nessa investigação, tomaremos como referencial teórico-metodológico o materialismo histórico-dialético, por compreender que este possibilita aproximações sucessivas do real, do concreto, para além da imediatez. O materialismo histórico-dialético impulsiona o pesquisador a problematizar e buscar as contradições imanentes do objeto, levando a uma reflexão crítica sobre esse real, com o objetivo de alcançar o concreto pensado.

A preocupação de Marx ao analisar a sociedade burguesa era apreender o objeto real na sua complexidade. Marx, a partir de sua abordagem ontológica e materialista, histórica e dialética, supera, simultaneamente, as concepções empirista e formalista – dominantes no âmbito das ciências sociais no século XIX –, que se identificam pela dicotomização dos componentes constitutivos do processo de conhecimento, priorizando unilateralmente ora o objeto, ora o sujeito.

A partir da revisão à crítica da filosofia hegeliana do direito, Marx começa a se apropriar criticamente da dialética e do seu sentido histórico. Em Hegel, “ela [a dialética] se encontra de cabeça para baixo. É preciso desvirá-la, a fim de descobrir o cerne racional dentro do invólucro místico”. Nesse sentido, Marx, a partir da análise do método hegeliano, afirma:

Meu método dialético, em seus fundamentos, não é apenas diferente do método hegeliano, mas exatamente seu oposto. Para Hegel, o processo de pensamento, que ele, sob o nome de Ideia, chega mesmo a transformar num sujeito autônomo, é o demiurgo do processo efetivo, o qual constitui apenas a manifestação externa do primeiro. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material, transposto e traduzido na cabeça do homem. (MARX, 2013, p 144).

O método de Marx tem um fundamento ontológico em que o conhecimento é um processo intelectual, mas inserido no real e parte necessariamente dele. Marx assinala que o fundamento histórico do conhecimento é a prática social que vincula o sujeito e o objeto, algo que se insinua desde a segunda tese contra Feuerbach, que afirma ser a prática o critério da

verdade. Dessa forma, não se trata de sensação passiva; trata-se, sim, de conferir qualquer tipo de identidade entre eles.

A preocupação de Marx não foi criar um método *a priori* que indicasse o que a realidade é, mas, ao contrário, captar e interpretar intelectualmente o movimento do real em sua objetividade concreta. Ao desenvolver a crítica a Hegel, a Feuerbach e aos economistas políticos clássicos, ele definiu um caminho completamente diferente para compreender de fato o que é a sociedade burguesa.

No processo investigativo, existe um caminho de ida e de volta. No caminho de ida, o ponto de partida necessário se dá com o conhecimento imediato do real, ainda caótico e carente de mediações. Esse processo de investigação inicial é um passo extremamente importante do caminho de ida, pois, ao estabelecermos conexão entre o conhecido e o desconhecido, fazemos analogias para descobrir como tornar esse desconhecido mais claro, com base no que já conhecemos, procurando estabelecer um lugar na totalidade existente para esse desconhecido. Lessa (2013) afirma que é por essa via que se tem acesso ao que Marx designou de elementos simples.

A conquista de cada elemento simples leva a novos questionamentos, mais aprofundados, mais mediados, por meio dos outros elementos simples já obtidos e pelo processo de analogia com o que já conhecemos, possibilitando o aparecimento de novas questões, para orientar as próximas questões mais precisamente que as anteriores. Segundo Lessa, nesse momento os elementos simples são integrados em um todo articulado, compondo agora uma representação muito mais rica do real, possibilitando que se volte às suas partes constitutivas como a articulação de todas elas em uma totalidade (LESSA, 2013).

Esse é o momento em que se inicia o caminho de volta: “com base nos elementos alcançados, se ‘avança’ até ao objeto, agora ‘concebido na sua totalidade real’, enquanto uma ‘totalidade rica, feita de muitas determinações e relações’” (LESSA, 2013, p. 43).

Assim, se o momento de ida se caracteriza pela decomposição do todo caótico, na apreensão de seus elementos simples e na investigação de suas determinações singulares, o caminho de volta, por sua vez, visa desvelar a relação dos elementos simples investigados entre si e com a totalidade da qual fazem parte. O ponto culminante da investigação é a volta, em que é possível a totalidade comparecer como um complexo articulado, constituído de múltiplas determinações, em universo concreto.

Para Lessa, “ao término desse movimento – representação ‘caótica’ do todo, análise do objeto em seus ‘elementos simples’, a síntese destes no ‘universal concreto’ – temos a reflexão muito mais acurada, na e pela consciência, de um dado setor do real” (LESSA, 2013, p. 43-44).

Podemos assim citar como exemplo a investigação de Marx ao se debruçar sobre a sociedade burguesa. Ao percorrer o caminho de “ida e volta”, apreende as maneiras de funcionamento da sociedade burguesa, sendo esta a mais desenvolvida e diversificada forma histórica da produção e reprodução da vida. As categorias que expressam suas relações e a compreensão de sua estrutura permitem compreender a organização e as relações de produção de sociedades anteriores, “com cujos escombros e elementos edificou-se, parte dos quais ainda carrega consigo como resíduos não superados, parte [que] nela se desenvolvem de meros indícios em significações plenas etc.”. Recordemos a celebre frase de Marx: “A anatomia do ser humano é uma chave para a anatomia do macaco” (MARX, 2011, p. 58).

Nesse sentido, reafirmamos o potencial explicativo do materialismo histórico-dialético posto por Marx na compreensão dos fenômenos produzidos e reproduzidos por essa sociedade burguesa, que só podem ser compreendidos dentro de uma totalidade permeada por múltiplas determinações. O processo metodológico adotado nesta investigação visa apreender os elementos do real por meio das categorias aqui analisadas, no sentido de entender os rumos da política de saúde brasileira na contemporaneidade.

Para se alcançar os objetivos propostos nessa investigação utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica possibilitou o aprofundamento teórico em conceitos e categorias que perpassam o objeto. Partimos, assim, de uma análise crítica sobre a formação e o papel do Estado moderno no sistema capitalista. Em seguida, procuramos entender a atuação desse Estado no contexto de crise do capital, reestruturação produtiva e financeirização, sob a influência do receituário do neoliberalismo e suas repercussões sobre as políticas sociais, especificando, posteriormente, as implicações desses processos na realidade brasileira para a política de saúde. A respeito desse último aspecto, recapitularemos a trajetória do processo de constituição da política de saúde e os processos de contrarreformas que têm no Estado seu grande protagonista. Na terceira seção, a pesquisa bibliográfica subsidiou a análise do objeto a partir das pesquisas que já vêm sendo desenvolvidas por diversos autores que investigaram os processos de privatização e mercantilização na saúde, como Correia (2015), Santos (2011), Sestelo (2018) e Alves (2021).

A pesquisa documental foi fundamental para subsidiar o estudo sobre o papel do Estado no favorecimento da expansão e da lucratividade do setor privado da saúde brasileira. A partir da pesquisa de leis, decretos, portarias e outros instrumentos legais, foi possível analisar as mudanças em curso na política de saúde desde o governo Cardoso até o governo Bolsonaro. Com o objetivo de compreender as particularidades desse processo a partir do golpe de 2016, foram analisados os seguintes documentos: “Uma ponte para o futuro”, de 2015, e “A travessia

social”, de 2016, ambos elaborados pela Fundação Ulysses Guimarães durante o governo Temer. Nesse percurso, a fim de caracterizar a apropriação do fundo público pelos grupos privados de saúde a partir dos mecanismos diversos de privatização e mercantilização, especificando o mecanismo dos modelos privatizantes de gestão, recorreremos aos dados disponibilizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e às pesquisas disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro Geografia Estatística (IBGE), assim como a outras fontes de dados de pesquisas. Foi possível também identificar as tendências de alocação do fundo público na política de saúde, mapeando o montante de recursos que têm sido destinados às contratualizações de serviços privados filantrópicos pelo SUS, através dos dados disponibilizados pela plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Recorremos também à base de dados da Agência Nacional de Regulação (ANS), à Bolsa de Valores brasileira e a *sites* especializados em economia a fim de identificar os grupos econômicos que têm se destacado na mercantilização da saúde no Brasil, bem como identificar, por meio do Demonstrativo dos Gastos Tributários (PLOA), na base de dados da Receita Federal, as renúncias fiscais efetivadas mediante dedução no Imposto de Renda de Pessoas Físicas e Jurídicas, além daquelas destinadas ao setor filantrópico/privado da saúde.

A exposição do presente trabalho foi organizada em quatro seções, das quais esta é a primeira. Na segunda seção, intitulada “Estado, crise do capital e expansão da esfera financeira”, intentamos desvelar a necessidade do surgimento do Estado moderno e sua função social no sistema do capital, de modo a identificar os fundamentos e determinações históricas que explicam a atuação do Estado nos processos de privatização e mercantilização da saúde. Para tanto, utilizamos as análises com base Marx, Engels, O’Connor, Gramsci e Meszáros, entre outros autores. Procuramos examinar o reordenamento do Estado no âmbito das transformações contemporâneas do modo de produção capitalista, desencadeadas pela crise que se inicia no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 e que perdura até a atualidade. Por essa razão, fez-se necessário abordar, ainda que brevemente, o processo de reestruturação produtiva e a expansão da esfera financeira. Na sequência, pareceu-nos fundamental conceituar e analisar, a partir da tradição marxista, os fundamentos do capital financeiro, expressos no capital portador de juros, e a relação deste com a dívida pública e o fundo público, de modo a identificar as tendências contemporâneas das políticas sociais, especialmente na política de saúde, para compreender melhor, na seção seguinte, as mudanças engendradas pela crise do capital no Estado brasileiro, alicerçadas no neoliberalismo e dirigidas por ele, nos processos de privatização e mercantilização da política de saúde.

Na terceira seção, “Neoliberalismo, fundo público e as contrarreformas na política de saúde”, iniciamos nossa discussão com o debate sobre o neoliberalismo como elemento constitutivo do conjunto de respostas exigidos pela crise do capital. A ideologia neoliberal tem sido fundamental no reordenamento do Estado, direcionando sua atuação cada vez mais para a expansão e salvaguarda do mercado, em detrimento das demandas crescentes da classe trabalhadora, a quem tem sido dado o papel de assumir os custos da crise, com a retirada de direitos sociais e trabalhistas. O Estado neoliberal tem como defesa políticas sociais cada vez mais privatizadas e direcionadas para serem acessadas no livre mercado, como tem ocorrido na política de saúde. Assim, o “Estado cria condições favoráveis à produção capitalista à medida que se desfaz das suas funções sociais ao transferi-las às esferas privadas. As políticas sociais, nesse cenário, tornaram-se novas fontes de acumulação” (SANTOS, 2018, p. 23). No sentido de situar a política de saúde e a relação público-privado presente no contexto brasileiro, foi necessário o resgate dos antecedentes sócio-históricos do processo de constituição da saúde pública brasileira, a fim identificar antigos mecanismos na relação público *versus* privado. No contexto de contrarreforma neoliberal na política de saúde brasileira observou-se que tais mecanismos se reatualizaram, com o incremento de novas formas de captura do fundo público. A análise sobre o processo de contrarreforma na política de saúde teve como ponto de partida os anos 1990, mas recaiu notadamente sobre os Governos Temer e Bolsonaro. Estabelecemos esse recorte por entender que a partir desses governos há um acirramento da ofensiva neoliberal, especialmente sobre os direitos sociais e do trabalho, enfatizando os ataques a política de saúde. Nesta seção buscando também compreender a centralidade do fundo público no cenário contemporâneo de crise do capital, marcado pela presença do capital financeiro, diante da necessidade do capital em remediar a queda na taxa de lucro canalizando recursos do fundo público para a esfera financeira. O Estado tem encontrado no mecanismo da dívida pública uma das formas de alimentar esse processo, transferindo recursos do fundo público que deveriam ser investidos nas políticas sociais. Os impactos desse política tem sido visíveis no financiamento do SUS, o qual historicamente já sofria um crônico subfinanciamento, passa agora ser desfinanciado.

Realizado esse percurso teórico-histórico, na quarta seção, intitulada “A política de saúde como hospedeira do mercado: os diversos mecanismos na captura do fundo público”, nos debruçamos de modo pormenorizado sobre o objeto desta investigação, analisando os mecanismos de expansão e favorecimento do setor privado da saúde viabilizados pelo Estado

brasileiro. Para tanto, elegemos para a pesquisa três mecanismos que, segundo nossos estudos⁷, têm efetivado a apropriação do fundo público, indo de encontro ao projeto original da Reforma Sanitária Brasileira. Esses mecanismos, já elencados no início desta Introdução, são estes: 1) o mecanismo constitucional da complementaridade invertida, via contratualizações de serviços com o setor privado/filantrópico; 2) os modelos privatizantes de gestão, que, além de capturar recursos, têm modificado a organização e a estruturação da gestão dos serviços e dos recursos humanos do SUS; e, por fim, 3) a apropriação do fundo público no livre mercado via subsídios e subvenções fiscais às operadoras de planos privados de saúde. A este último mecanismo soma-se outro processo que tem se destacado nesse contexto de crise do capital: o avanço da esfera financeira, isto é, o fenômeno da financeirização na saúde, que tem sido conduzido no Brasil por operadoras e seguradoras de planos de saúde privados, além de rede hospitalares, em aliança com grandes conglomerados internacionais que buscam na esfera financeira a obtenção de lucro em um curto espaço de tempo.

Esperamos, com esta pesquisa, contribuir para que os trabalhadores e usuários do SUS compreendam os caminhos que a política de saúde vem trilhando, visando fornecer subsídios para o fortalecimento das estratégias coletivas que têm como perspectiva a defesa do SUS baseado no projeto original da Reforma Sanitária. No que se refere ao Serviço Social, esperamos que esta pesquisa possa fornecer elementos para fomentar o debate e análises dentro da perspectiva do projeto ético-político de construção de uma nova sociabilidade.

⁷ Os três mecanismos aqui elencados têm sido objeto de vários estudos no GPOP.

2 ESTADO, CRISE DO CAPITAL E EXPANSÃO DA ESFERA FINANCEIRA

O Estado tem sido um tema com vasta bibliografia ao longo da história da sociedade, desde a Grécia antiga com Aristóteles a humanidade esforça-se para compreender e conceituar o que é o Estado, passando por Maquiavel, Hobbes, Locke, Rousseau, Hegel, chegando na modernidade com Weber e na perspectiva materialista histórico-dialética com Marx e Engels, entre outros autores. Na contemporaneidade as discussões em torno do Estado se mantêm presentes, os vários conceitos e entendimentos sobre essa categoria estão postos para além dos debates acadêmicos.

Nesta segunda seção busca-se discutir a necessidade do surgimento do Estado moderno e sua natureza a partir dos escritos de Marx, Engels, Mészáros, O'Connor, Lênin, entre outros, sob a perspectiva histórico-dialética. Buscando entender a partir dessas análises a função e o papel que o Estado exerce, seu comando político-econômico neste sistema, como se utiliza de ações e mecanismos que favorecem a acumulação do capital. “O Estado apresenta, historicamente, diferentes modalidades e formas, embora em todas elas constitua um lócus de dominação. Assim sendo, ele deve ser entendido como um fenômeno histórico e relacional” (PEREIRA-PEREIRA, 2009 *apud* SANTOS, 2018, p.38).

No capitalismo, esta estrutura caracteriza-se por um

Conjunto de instituições e prerrogativas, entre as quais o poder coercitivo, que só o Estado possui por delegação da própria sociedade; o território, isto é, um espaço geograficamente delimitado onde o poder estatal é exercido[...]; um conjunto de regras e condutas reguladas dentro de um território, o que ajuda a criar e manter uma cultura política comum a todos os que fazem parte da sociedade nacional ou do que muitos chamam de nação (PEREIRA-PEREIRA, 2009, p. 289).

Neste sentido, para Santos (2018), o Estado aparece para a sociedade como uma instituição que unifica interesses antagônicos, como uma comunidade ilusória. Visto que sua atuação está presente tanto no âmbito da produção e da reprodução social, isto é, “[...] todos os âmbitos da sociedade exigem a mediação do Estado” (2018, p. 39).

Para a autora o Estado no sistema do capital “[...] congrega e integra os processos políticos e econômicos [...]” (*Ibid.*, p. 40), discordando nesse sentido da visão formal, burocrática e fenomênica de ser o Estado uma estrutura acima das classes e a favor do bem comum. Pois, para ela o caráter essencial do Estado é a dominação, corroborando assim com Osório (2014, p. 17 *apud* SANTOS, 2018, P.40) que afirma que “[...] o Estado é muito mais

que dominação de classes, ele é essencialmente dominação de classes. É fundamentalmente a principal condensação das relações de poder”.

Todavia, a sociedade burguesa cristaliza e introjeta seu conceito de Estado como algo natural, a-histórico, neutro, destituído de influências econômicas, sociais ou políticas, na aparência. Neste sentido, para entender como a sociedade capitalista cria e reproduz seu conceito de Estado, a partir do liberalismo, faz-se necessário retomar aos clássicos da política, em seus expoentes mais conhecidos: Hobbes, Locke e Rousseau, considerados pais do liberalismo clássico, os jusnaturalistas e contratualistas.

Em contraposição aos teóricos da burguesia, Marx e Engels apesar de nunca terem se proposto a escrever uma obra exclusiva sobre o Estado, tratam sobre ele em seus diversos escritos: nas Glosas Críticas marginais, na Ideologia Alemã, na crítica do programa de Gotha, no 18 Brumário, dentre outras obras. Em todas elas, os autores destacam a função de mediação que o Estado Moderno exerce no sistema do capital, de manter a opressão da classe dominante sobre a classe dominada.

Dando continuidade a uma análise crítica sobre o Estado, procurando situar sua reacomodação na contemporaneidade, diante do contexto de crise do capital e as novas requisições que se apresentam. Buscamos subsídio nas análises de Mészáros, Gramsci e O'Connor. Esses autores examinam a atuação do Estado na garantia e proteção do sistema do capital, através de sua estrutura jurídica, coercitiva e administrativa. Essa proteção e garantia se explicitam principalmente nos momentos de crise do capital, como na crise que se desencadeou a partir do final dos anos 1960 e início dos anos 1970 e que perdura até a atualidade, nos processos de reestruturação produtiva e nesse novo estilo de acumulação do capital financeirizado, sob as bases neoliberais o Estado vem atuando para garantir a retomada de acumulação do capital.

Dando continuidade a uma análise crítica sobre o Estado, na contemporaneidade sobre a forma que o Estado Moderno se apresenta e sua relação com o capital, neste contexto de crise, buscamos subsídio nas análises que Mészáros, Gramsci e O'Connor, estes autores examinam a atuação do Estado na garantia e proteção do sistema do capital, através de sua estrutura jurídica, coercitiva e administrativa. Essa proteção e garantia se explicitam principalmente nos momentos de crise do capital, como na crise que se desencadeou a partir do final dos anos 1960 e início dos anos 1970 e que perdura até a atualidade, nos processos de reestruturação produtiva e nesse novo estilo de acumulação do capital financeirizado, sob as bases neoliberais o Estado vem atuando para garantir a retomada de acumulação do capital. Desse modo, pretende-se nesta pesquisa demonstrar como esses processos se articulam e tem impacto direto nas políticas

sociais, em especial sobre a política de saúde. Com o protagonismo do Estado, esta política, nesse contexto, tem sido cada vez mais submetida aos interesses do capital, tendo como uma dessas expressões a disputa do fundo público da saúde pelo setor privado.

2.1 A formação histórica do Estado moderno: da teoria política e social burguesa à teoria social crítica de Marx

Para pensarmos o surgimento do Estado, é necessário entender os fundamentos em que ele se alicerça, em que momento histórico, sobre que condições e necessidades ele surge. Tendo como pressuposto o trabalho como base ineliminável de toda e qualquer sociedade, ou como disse Marx: “condição eterna da vida humana”. Exporemos aqui de modo breve a passagem dos modos de produção anteriores, até o modo de produção capitalista e a necessidade do surgimento do Estado moderno.

Marx e Engels, nos diz:

[...] o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a História, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘fazer história’. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda história, que ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os homens vivos. (MARX; ENGELS, 2008, p. 39).

Ainda segundo o autor, “[...] isso é o trabalho, ou seja, a transformação intencional da natureza” (*Ibid.*, p. 39). No preciso entendimento de Marx o trabalho é o intercâmbio orgânico entre homem e a natureza, que desencadeia um salto ontológico, pois na medida que ele transforma a natureza também transforma a si mesmo. Vejamos nas palavras do próprio autor:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nelas adormecidas e sujeita ao jogo de suas forças a seu próprio domínio. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem (MARX, 1985, p.149).

Assim ao transformarem os bens necessários à sua própria existência, criam também novas relações sociais. Por isso, afirma Tonet (2009, p. 13), “[...] os homens são radicalmente históricos e radicalmente sociais, isto é, são eles que se criam inteiramente a si mesmos e a toda realidade social, através da atividade coletiva.” É a partir do trabalho que surge toda a vida social, todos os demais valores e instituições. Ou seja, “[...] o trabalho não esgota a realidade social. A produção do excedente e a complexificação da vida social dão origem a necessidades e problemas que não poderiam ser solucionados apenas no âmbito do trabalho.” (TONET, 2012, p. 18). Levando desse modo o surgimento de novas dimensões como: a arte, a religião, o direito, a política etc.

O autor aponta como um dos grandes momentos marcantes da história da humanidade o surgimento da propriedade privada, da divisão do trabalho e das classes sociais. Desde que surgiram trouxeram grandes avanços, mas também muitos desafios. Para Tonet, tudo isto só foi possível devido ao desenvolvimento das forças produtivas, que possibilitou a produção do excedente. E com esses elementos permitiu a exploração do homem pelo homem. Mas, nem sempre foi assim, um exemplo disto é apresentado por Engels, em seu livro: *A origem da propriedade privada e da família*, em que as *gens* era uma organização simples adequada às condições sociais que as engendram, as quais viviam coletivamente sem a subjugação do homem pelo homem.

Não é mais do que um agrupamento espontâneo, capaz de dirimir todos os conflitos, que possam nascer no seio da sociedade a que corresponde. Os conflitos exteriores são resolvidos pela guerra, que pode resultar no aniquilamento da tribo, mas nunca em sua escravização (ENGELS, 2010, p.199-200).

Conforme Engels (2010), a grandeza do regime das *gens* estava no fato de que não cabia nem a dominação nem a servidão. Assim como não poderia haver diferentes classes sociais. Quanto à divisão do trabalho “[...] é absolutamente espontânea: só existe entre os dois sexos.” (*Ibid.*, p.200). Em que o homem manda na floresta e a mulher em casa.

Entretanto, esse regime não se deu de forma homogênea no mundo, Engels nos dá o exemplo da Ásia, onde muitas tribos fizeram a domesticação de animais sua principal ocupação. “As tribos pastoras se destacaram do restante da massa dos bárbaros. Essa foi a *primeira grande divisão social do trabalho*.” (*Ibid.*, p.201, grifo do autor). Produzia também em grande quantidade e variedade, o que possibilitou pela primeira vez, o intercâmbio regular de produtos. A princípio os produtos eram trocados internamente na tribo. Posteriormente, quando as tribos pastoras se destacaram do resto dos selvagens, encontram as condições necessárias para o

desenvolvimento e consolidação do comércio. A principal mercadoria era o gado, todas as demais mercadorias tinham seu equivalente comparado a ele. “O gado desempenhou as funções de dinheiro, e serviu como tal”. (ENGELS, 2010, p.202).

Outro elemento apontado pelo autor foi à produção através da horticultura, em que as dificuldades para sustentar o gado fizeram com que fosse preciso o cultivo de alimentos, como os cereais, que não tardou a servir também de alimento para o homem. A terra cultivada passou por um processo de apropriação, primeiro para o usufruto das *gens*, depois às comunidades de família, e por último aos indivíduos.

Quanto aos avanços industriais dessa fase, Engels (2010) destaca dois: o primeiro o tear, o segundo a fundição de minerais e o trabalho com metais fundidos. Em que, o cobre, o estanho e o bronze eram os mais importantes; com o bronze foi possível à produção de instrumentos de armas, porém não substituiu os de pedra. Essa substituição só foi possível com o ferro posteriormente.

Assim, o desenvolvimento das forças produtivas como a criação do gado, a agricultura, os ofícios manuais domésticos, tornaram a força de trabalho do homem capaz de produzir o excedente, ou seja, mais do que o necessário. O que por sua vez levou a necessidade de mais mão-de-obra, sendo conveniente conseguir mais força de trabalho, por meio das guerras, onde os prisioneiros foram transformados em escravos. Desse modo, nos diz Engels, “[...] da primeira grande divisão social do trabalho, nasceu a primeira grande divisão da sociedade em duas classes: senhores e escravos, exploradores e explorados” (2010, p.203).

Com o desenvolvimento da matéria-prima através do período da espada de ferro, do arado e do machado de ferro, em que o ferro teve um papel revolucionário, pois, “[...] tornou possível a agricultura em grande escala e a preparação para o cultivo, de grandes áreas de florestas.” (ENGELS, 2010, p.205). A riqueza aumentou com rapidez e o trabalho tão variado não podia mais ser realizado por um só indivíduo, deu-se então a segunda grande divisão social do trabalho, com a separação do artesanato com a agricultura. Esta divisão possibilitou o surgimento diretamente da troca, a produção mercantil e com ela o comércio, não só no interior das tribos, mas também por mar.

Criou-se então, “[...] uma classe que não se ocupa da produção e sim, exclusivamente, da troca dos produtos, os comerciantes”. (ENGELS, 2010, p. 208). E com ela, “[...] veio o dinheiro-metal, a moeda cunhada, novo meio para que o produtor dominasse o produto e a produção [...] quem o possuía era dono do mundo da produção. E quem o possuiu antes de todos? O comerciante. Em suas mãos o culto do dinheiro estava garantido”. (*Ibid.*, p. 209). Sendo o Estado responsável pelo controle e emissão monetária. Logo depois, à compra de

mercadorias usando o dinheiro como meio, vieram também os empréstimos, e com ele os juros e a usura. As formas de riqueza foram se diversificando, da riqueza em mercadorias e escravos, a riqueza em dinheiro⁸ e a riqueza em terras. A terra então podia ser vendida ou penhorada. E de acordo com Engels, todos estes elementos acima citados culminaram na progressão crescente de concentração da riqueza nas mãos de uma classe pouco numerosa, ao tempo que foi acompanhada do empobrecimento das massas e do aumento dos pobres.

Os diferentes interesses dos grupos dos artesãos, as necessidades específicas da cidade que se opunham às necessidades do campo, exigiram órgãos novos, os diferentes grupos eram formados por diferentes gens, tribos e fratrias, e até de estrangeiros. Estes novos órgãos foram organizados fora do regime das gens, pois o regime dessas já não podia responder às necessidades da nova ordem que estava se formando, “[...] a constituição das gens, fruto de uma sociedade que não conhecia antagonismos interiores, era adequada apenas para semelhante sociedade. Ela não tinha outros meios coercitivos além da opinião pública”. (ENGELS, 2010, p.212). A sociedade que estava surgindo, dividida em classes, entre homens livres e escravos, exploradores ricos e explorados pobres, tinham interesses antagônicos, inconciliáveis.

Conforme Engels (2010):

Uma sociedade desse gênero não podia subsistir senão em meio a uma luta aberta e incessante das classes entre si, ou sob o domínio de um terceiro poder que, situado aparentemente acima das classes em luta, suprimisse os conflitos abertos destas e só permitisse a luta de classes no campo econômico, numa forma dita legal. O regime gentílico já estava caduco. Foi destruído pela divisão do trabalho que dividiu a sociedade em classes, e substituído pelo *Estado*. (p.212, grifo do autor).

Desse modo surge o Estado, como força exterior, um terceiro poder imposto de fora para dentro, mas que antes de tudo é produto da sociedade, “[...] 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”. (*Ibid.*, p.213). Engels, também afirma que além de ter surgido para conter os antagonismos das classes e nascido em meio a este conflito este Estado que ora surge,

[...] é por regra, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida. (ENGELS, 2010, p. 215).

⁸ O fetichismo da mercadoria encontra na forma dinheiro seu apogeu.

Conforme Tonet (2012), o declínio do modo de produção escravista foi causado por inúmeros fatores como (aumento exagerado de escravos, enorme crescimento do exército e do aparato estatal e os seus custos de produção) e também pelo enfraquecimento do Estado e das invasões dos povos bárbaros, tornando-se assim inviável. Surge então um novo modo de produção baseado na exploração do trabalho servil, o modo de produção feudal.

Este modo de trabalhar revelou-se uma forma mais produtiva e até mais humana do que o modo escravo, uma vez que o servo já não era um simples instrumento de produção nas mãos dos senhores e, ao mesmo tempo, era senhor de alguns instrumentos de produção (TONET, 2012, p. 20).

Porém, com o aumento da população, intensificação das trocas comerciais e os avanços científicos e técnicos junto com outros fatores, trouxeram a inviabilização desse modo de produção, e foi no interior dele que estavam dadas as bases para o surgimento do capitalismo.

De acordo com Tonet, “[...] a transição do feudalismo ao capitalismo foi marcada por algo que nunca tinha acontecido nas mudanças anteriores: a revolução” (2012, p. 20). A revolução marcou uma mudança em todas as esferas: econômica, política, social e ideológica. “Assim, a revolução burguesa foi a primeira prova prática de que os homens podem mudar radicalmente a realidade social” (*Ibid.*, p.21). O trabalho assalariado foi a base na qual se estruturou a sociedade capitalista, com a compra e venda da força de trabalho pelos capitalistas.

Para Marx e Engels (2009) a propriedade privada moderna corresponde ao Estado Moderno, para eles o Estado Moderno representa o órgão de organização dos interesses da burguesia, “[...] a burguesia é obrigada desde cedo, a organizar-se nacionalmente, e já não localmente, e a dar ao seu interesse médio a forma geral” (MARX; ENGELS, 2009, p.111).

Ainda quanto à constituição do Estado moderno, Laski (1973) ressalta que a ideia de capitalismo não podia ser contida nos estreitos limites da cultura medieval, buscou transformar uma nova cultura que atendesse a seus propósitos. Objetivou-se então, como nos diz Laski,

[...] capturar o Estado. Empenhou-se em transformar a sociedade mediante a adaptação dos seus hábitos e costumes a um meio adequado aos novos propósitos por ele enunciados. E empenhou-se em capturar o Estado porque, desse modo, terá em suas mãos, finalmente, o supremo poder coercivo da sociedade e poderá usá-lo conscientemente para os seus próprios fins. Justifica o seu esforço persuadindo os seus semelhantes – não sem uma considerável dose de coerção na persuasão – de que a busca da riqueza envolve, necessariamente, o bem social (LASKI, 1973, p.17-18).

Ao Estado cumpre o papel de reproduzir os valores, hábitos e costumes, a ideologia da classe dominante é reproduzida para e pela classe dominada através da escola, das leis, da

cultura e da moral burguesa, tais mecanismos são importantes para alienar e manter a exploração de classe, veremos mais adiante como o marxista italiano Antônio Gramsci discorre sobre este tema, o denominando como Hegemonia.

De acordo com Engels (1975), o Estado moderno é a organização que a sociedade burguesa a si própria deu para manter de pés as condições exteriores gerais do modo de produção capitalista, “[...] defendendo-as de todas as usurpações tanto dos operários como dos capitalistas individuais. O Estado moderno seja qual for a sua forma é uma máquina essencialmente capitalista, é o Estado dos capitalistas, o capitalista nacional ideal.” (ENGELS, 1973, p. 93).

Todavia, o conceito de Estado tal como conhecemos na contemporaneidade, que nos é dado como verdade absoluta, é de um Estado autônomo, neutro, a serviço de uma sociedade independente de classes. Para Santos (2018), um dos principais destaques dessa abordagem sobre o Estado é a separação da esfera política da esfera econômica, um Estado separado da sociedade civil.

A teoria dos contratualistas⁹, representados por Hobbes, Locke e Rousseau, deu lastro as concepções de Estado e sociedade civil no pensamento moderno, segundo Montañó e Duriguetto (2010). Sendo os direitos individuais considerados direitos inatos. Eles defendiam a necessidade de o Estado respeitar e legitimar tais direitos. O exercício do poder estatal é assim uma derivação dos direitos individuais. Vale ressaltar que os pressupostos por qual partiam os contratualistas eram hipotéticos e não históricos.

De acordo com Santos (2018) os contratualistas defendiam ainda o rompimento com as vinculações e influências religiosas sobre o político e atrelavam-se aos princípios individualistas comuns ao liberalismo ascendente. Para eles, a fonte do direito não era divina, mas humana (*Ibid.*). A grande contribuição dos contratualista, para Duriguetto e Montañó (2011), foi pensar o homem como um ser natural, pensante que tem suas individualidades, que age segundo suas paixões e interesses; rompendo assim com as concepções divina e Aristotélica, que respectivamente concebiam o homem como um ser divino submetido à vontade de Deus, um animal político em comunidade.

Hobbes defendia em sua obra mais famosa “Leviathan” que diante do estado de natureza em que os homens se veem como concorrentes, “[...] pois todos são iguais na capacidade de

⁹ Segundo Duriguetto e Montañó “[...] contrato social é uma espécie de pacto entre os homens para estabelecer tais normas e autoridades às quais se submeterão consensualmente – seria o meio pelo qual ocorreria a passagem de uma estado para o outro. O Estado seria o produto do contrato social, ou seja, da conjunção de vontades individuais” (2010, p. 23).

alcançar seus fins, podendo causar a morte, na defesa dos seus interesses” (DURRIGUETO; MONTAÑO, 2010, p. 23). Hobbes defendia que num estado onde não existem leis, nem distinção entre o que lhe pertence ou não, prevalece aquilo que ele é capaz de conquistar e manter. Dessa maneira, esse estado de natureza, para Hobbes, seria um estado permanente de guerra. Para sair desse estado de natureza os homens estabeleceriam um contrato entre si - como forma de manter o convívio social, controlar os ímpetos egoístas, manter obediência política e o mais importante garantir a paz e a segurança - transferindo seu direito natural e seus poderes a um soberano, o Estado absoluto. “A vontade única do soberano vai substituir a vontade de todos, a todos representando” (HOBBS, 1997 *apud* DURIGUETTO; MONTAÑO, 2010, p. 24).

O segundo contratualista é Locke, sua preocupação assim como em Hobbes é como manter a segurança, a paz, a liberdade e agora a propriedade privada. Locke defendia que o homem tem propensão “natural” para acumular. O direito natural para ele estaria vinculado à propriedade. Ou seja, a garantia da propriedade é a finalidade em função da qual os homens instituem o Estado.

Classificado por Gruppi (1980, p. 13) “como teórico da revolução liberal inglesa”, a preocupação lockeana incidia sobre a forma política de garantir a liberdade e a propriedade privada. Assim, “qualquer que seja a sua forma, ‘todo governo não possuiu outra finalidade além da conservação da propriedade’”. Estava, portanto, nas bases da argumentação deste autor a defesa dos “direitos naturais inalienáveis do indivíduo à vida, à liberdade e à propriedade” como “cerne do estado civil”, o que o caracteriza como pai do “individualismo liberal”, que fundamentou a concepção de Estado Liberal (WEFFORT, 2006, p. 87).

Assim como os demais jusnaturalistas, Rousseau tem como ponto de partida o estado de natureza, mas diferentemente de Hobbes e Locke não é o egoísmo e os interesses singulares dos homens que são seu estado de natureza, pelo contrário, para ele o estado de natureza é um estado pacífico e feliz, em que o homem é movido por duas paixões: “[...] ‘instinto de conservação’ e a ‘compaixão’” (ROUSSEAU, 1994, p. 56-57 *apud* DURIGUETTO; MONTAÑO, 2010, p. 28). Quando este estado é transformado, pela instituição da propriedade privada, da origem as grandes desigualdades, a concorrência, instalando-se o egoísmo a motivação precípua da vida social. Sendo necessário a instituição de um Estado, que deveria orientar-se pelo predomínio do interesse comum, da vontade geral¹⁰. Estas premissas oferecem contribuição ao perfil democrático da ordem política, caracterizada por Gruppi (1980) como

¹⁰ A vontade geral “é entendida como a que traduz o que há de comum nas vontades individuais e não a simples soma de vontades particulares ou da maioria. O que dá suporte à vontade geral é, pois, o *interesse comum*, que é entendido como o interesse de todos e de cada um enquanto componente do corpo coletivo

“democrático-burguesa”, que ainda não reconhece o caráter histórico-social das relações humanas, por privilegiar o princípio naturalista da humanidade. Além disso, “[...] ao guiar-se por uma visão individualista, Rousseau não propõe meios coletivos de superar os efeitos perversos da propriedade privada que ele mesmo critica” (SANTOS, 2018, p. 67).

A teoria dos contratualistas deu base ao entendimento de estado neutro, acima das classes que é naturalizado em nosso cotidiano. Segundo Belov, (1988, p. 5 *apud* SANTOS, 2018, p. 68) esta teoria “[...] ajudou a burguesia a chegar ao poder e a incutir nas massas populares o mito segundo o qual o novo Estado burguês é o resultado da concórdia geral dos homens e por isso existe no interesse de todos”. Ao apartar a política da economia, o Estado nessa visão é também “[...] separado da sociedade civil e consequentemente, das classes sociais” (SANTOS, 2018, p. 62). A partir dessa teoria o Estado tem sido difundido como um ente acima das classes, alheio as relações produtivas, agindo como o senhor das leis, como árbitro que julga de modo imparcial.

Para os contratualistas o Estado é um algo imprescindível para manter frear o espírito selvagem dos homens, manter a paz e preservar a propriedade privada, estando para isso acima das classes; para Marx o Estado é uma instituição que representa uma classe e a serve estrategicamente, sendo um produto histórico das relações econômicas e sociais estabelecidas. Através de sua teoria social crítica a sociedade do capital, Marx vai compreender o Estado dentro da totalidade social capitalista, desconstruindo as teorias unilaterais. “Sua crítica da economia política teve, entre outras coisas, o propósito de revelar a face política da economia que havia sido obscurecida pelos economistas políticos clássicos” (WOOD, 2011, p. 28 *apud* SANTOS, 2018, p.72). “Com isso, ele rompe com a percepção burguesa de um Estado acima das classes e promotor do bem comum, ampliando a compreensão sobre as mediações que garantem a hegemonia do sistema capitalista” (SANTOS, 2018, p.73). De acordo com Marx (2010),

O Estado jamais encontrará no próprio Estado e na organização da sociedade o fundamento dos males sociais [...]. Onde há partidos políticos, cada um encontra o fundamento de qualquer mal no fato de que não ele, mas o seu partido adversário, acha-se ao leme do Estado. Até os políticos radicais e revolucionários já não procuram o fundamento do mal na essência do Estado, mas numa determinada forma de Estado, no lugar da qual eles querem colocar uma outra forma de Estado. (MARX, 2010, p. 58-59¹¹).

¹¹ Este fragmento encontra-se escrito na obra de Marx as Glosas Críticas marginais ao rei da Prússia, onde o autor refere-se a primeira intervenção estatal sobre o pauperismo com a “sangrenta” Lei dos Pobres. Ou seja, o Estado no século XIX, com funções restritas a coerção, em relação ao pauperismo.

Assim, a própria natureza do Estado a qual segundo Marx está baseada na exploração do capital sobre o trabalho, nascendo de interesses inconciliáveis, faz do Estado independente de sua forma um representante da classe dominante, como já nos disse Engels “[...] é por regra, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante [...]” (2010, p.215), cabendo-lhe administrar os conflitos que se apresentam desta contradição, entre capital e trabalho, de modo a neutralizá-los, não questionado a base econômica onde são gerados tais conflitos. Sendo assim, ele não pode eliminar tais conflitos, pois como nos diz Marx (2010),

Quando o Estado admite a existência de problemas sociais, procura-os ou em leis da natureza, que nenhuma força humana pode comandar, ou na vida privada, que é independente dele, ou na ineficiência da administração, que depende dele [...]. Como o Estado não está disposto a procurar o fundamento dos males sociais no ordenamento da sociedade e assim nele mesmo, só lhe resta atribuir o remédio desses males a medidas administrativas, ou seja, as medidas paliativas (p. 59-60).

O Estado, como exposto anteriormente, é impotente perante os problemas sociais não pode ir à raiz deles, pois comprometeria sua própria existência, já que a necessidade de sua gênese cumpre um papel vital no sistema do capital ele surge para administrar esses males não para superá-los. Visto que, “[...] tal Estado não tem nenhum interesse de acabar com a impotência da sua administração, porque teria que eliminar a atual vida privada, e ao fazer isso, eliminaria a si mesmo, uma vez que só existe como antítese dela” (MARX, 2010, p.61). Desse modo, fica evidente a impotência do Estado em resolver os problemas que permeiam sua administração, pois como nos evidenciou Marx, teria que colocar em xeque sua própria existência. Reafirmando esta impotência do Estado o autor alemão afirma:

Por isso, o Estado não pode acreditar na impotência interior da sua administração, isto é, de si mesmo. Ele pode descobrir apenas defeitos formais, casuais, da mesma e tentar remediá-los. Se tais modificações são infrutíferas, então o mal social é uma imperfeição natural, independente do homem, uma lei de Deus, ou então a vontade dos indivíduos particulares é por demais corrupta para corresponder aos bons objetivos da administração (*Ibid.*, p.61).

Tem sido comum no cotidiano atribuir a ineficiência estatal a determinados governos, na figura de governantes, a direção de partidos políticos. Atualmente o foco principal tem sido imputar a causa de todos os males do Estado a corrupção, além da falta de uma gestão mais gerencial da administração pública. Nesse sentido, Holloway argumentando sobre os objetivos

da administração pública, pontua que “[...] as medidas administrativas são uma resposta as lutas, uma resposta a desordem: seu objetivo é conter as lutas, manter em ordem. A administração pública parte do problema de como mantê-la em ordem¹²” (1982, p.19, tradução nossa). Desse modo, o objetivo do Estado é atuar nos problemas sociais apenas no nível da administração pública, no nível da aparência, sem ir à raiz do problema, agindo com medidas paliativas e de modo fragmentado, para tanto se utiliza de mecanismo da estrutura jurídica, administrativa, coercitiva e de consenso

Partindo da tradição marxista, Gramsci debate o Estado através dos Cadernos do Cárcere a partir da crítica da economia política burguesa, como o fez Marx, renegando qualquer aplicação simplista. Gramsci estava imerso na realidade da Itália fascista, para ele o Estado é a expressão da situação econômica, todavia ele acrescenta que é preciso ter cuidado para não aplicar de modo simplista tal compreensão.

Tal concepção não pode ser aplicada de modo mecanicamente à interpretação da história italiana e europeia desde a Revolução Francesa até todo o século XIX. Embora seja certo que, para as classes fundamentais produtivas (burguesia capitalista e proletariado moderno), o Estado só é concebível como forma concreta de um determinado mundo econômico, de um determinado sistema de produção, disso não deriva que a relação de meio e fim seja facilmente determinável e assuma o aspecto de um esquema simples e óbvio à primeira vista (GRAMSCI *apud* DICIONÁRIO GRAMSCIANO, 2017, p. 261).

Santos (2018) ressalta que Gramsci atualiza dentro da tradição marxista o debate do Estado, partindo da crítica da teoria política burguesa o autor capta “novas determinações do Estado capitalista ainda não exploradas e formas desconhecidas do seu papel na produção e reprodução das relações sociais, econômicas e políticas” (*Ibid.*, p.73).

Contemporâneo das relações econômicas, sociais e políticas do capitalismo imperialista na virada do século XIX para o século XX, este autor vivenciou a crise orgânica do capital, os processos de restauração e renovação da supremacia burguesa, assim como a luta de classes como expressão das contradições inerentes a esse estágio capitalista. Estas questões reconfiguraram a participação política da classe trabalhadora e tornaram mais complexas as funções e a estrutura do Estado burguês (*Ibid.*, p. 74).

A autora destaca que Gramsci percebeu que esse Estado para manter a sua dominação passou a exercer para além da função repressora e coercitiva, novas formas de dominação mais

¹² “las medidas administrativas son una respuesta a las luchas, una respuesta al desorden: su objetivo es contener las luchas, mantener el orden. La administración pública parte del problema de cómo mantener el orden.” (HOLLOWAY, 1982, p.19)

veladas, as quais ele identifica como hegemonia, força e consenso. Nesse sentido, muitos autores citam a fórmula gramsciana sobre o que seria o Estado para Gramsci. O Estado seria a soma, em termos didáticos, entre a sociedade política + sociedade civil, resultando em uma hegemonia encorajada de consenso. Na sociedade política estaria presente o aparelho de governo, como os aparelhos repressivos e burocráticos. Enquanto a sociedade civil seria constituída pelo conjunto dos aparelhos ideológicos, responsáveis por elaborar e difundir, como o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, dentre outros.

De acordo com Santos (2018), a concepção de Estado elaborada por Gramsci, demonstra a dimensão da totalidade e entrelaçamento entre as relações econômicas e políticas presentes nos processos de dominação capitalista.

[...] o Estado é certamente concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a criar condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas este desenvolvimento e esta expansão são concebidos e apresentados como a força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de todas as energias ‘nacionais’, isto é, o grupo dominante é coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até um determinado ponto, ou seja, não até o estreito interesse econômico – corporativo. [...] cada uma dessas combinações pode ser representada por uma própria expressão organizada econômica e política (GRAMSCI, V. III, C. 13, 2017, p. 42). (SANTOS, 2018, p. 75-76).

Corroboramos com Santos (2018) ao afirmar que Gramsci é um autor fundamental para compreender a organicidade entre Estado e capitalismo. Seus escritos sobre o Estado procuram demonstrar como suas funções e ações, seja nas relações sociais e econômicas no sistema capitalista procuram garantir a hegemonia e supremacia burguesa.

2.2 As funções do Estado moderno no sistema do capital

Para compreender a relação entre Estado Moderno e sistema capitalista faz-se necessário a apreensão da natureza desse Estado e sua função social, tomando como base os estudos acerca do Estado realizados por Mészáros que baseado em Marx e Engels, faz uma análise das determinações essenciais do Estado moderno e sua íntima relação com o capital e o trabalho, elementos fundamentais para continuidade e preservação do sistema. A perspectiva do autor difere das vertentes que encontram no Estado o espaço de mediação para a solução das contradições geradas por esse sistema.

De acordo com Mészáros, o Estado moderno apresenta-se como uma estrutura corretiva compatível ao capital dos parâmetros de controle “sociometabólico”, para atender suas necessidades sendo sua função social corrigir as falhas do sistema capitalista, mas não buscar suas causas, não visando assim resolver as contradições próprias a este sistema. Diante disso, o autor afirma que o Estado Moderno “[...] emerge com a mesma inexorabilidade que caracteriza a triunfante difusão das estruturas econômicas do capital, complementando-as na forma da *estrutura totalizadora de comando político do capital*” (MÉSZÁROS, 2011, p.106, grifos do autor).

Conforme Mészáros a formação do Estado ao sistema do capital “[...] é uma exigência absoluta para assegurar e proteger permanentemente a produtividade do sistema [...]” (2011, p.106), contribui através do seu aparato jurídico, militar e com a implementação de políticas sociais. Ainda segundo o autor, o capital chegou a sua dominância no que se refere à produção material simultaneamente ao desenvolvimento das práticas políticas que deram forma ao Estado Moderno, assim a crise do sistema do capital no século XX rebateu numa crise do Estado moderno, já que estão interligados.

Dessa forma, nos coloca Mészáros:

O Estado moderno constitui a única estrutura corretiva compatível com os parâmetros estruturais do capital como modo de controle sociometabólico. Sua função é retificar – deve-se enfatizar mais uma vez: apenas até onde a necessária ação corretiva puder se ajustar aos últimos limites sociometabólicos do capital. (2011, p. 107).

O Estado Moderno então atuará através desta ação corretiva no que Mészáros (2011) analisou como três defeitos estruturais do capital, *a separação entre produção e controle; a fragmentação entre produção e consumo; e a oposição entre produção e circulação*. Nestes “defeitos estruturais” do capital a presença do Estado se apresenta de modo complementar visa retificar “a falta de unidade nestes três aspectos”.

No que se refere ao primeiro defeito estrutural, *à separação entre produção e controle* analisado por Mészáros, o Estado Moderno contribuirá através da sua estrutura legal, seu aparato jurídico como forma de legitimar “legalmente” a exploração do capital sobre o trabalho. “Sem esta estrutura jurídica, até os menores “microcosmos” do sistema do capital – antagonicamente estruturados – seriam rompidos internamente pelos desacordos constantes, anulando dessa maneira sua potencial eficiência econômica.” (MÉSZÁROS, 2011, p. 107-108). Tal estrutura serve também para atenuar os conflitos existentes entre capital e trabalho, tal aparato é necessário para perpetuar a alienação dos meios e materiais de trabalho, além do

controle dos trabalhadores. Como também nas inter-relações dos “microcosmos particulares”, nas relações socioeconômicas que é permeada por conflitos, exigindo “intervenções políticas e legais diretas ou indiretas”. Ainda sobre esse primeiro aspecto, Mészáros destaca que o Estado também é demandado a intervir sobre os conflitos internos das unidades socioeconômicas.

Este tipo de intervenção corretiva ocorre de acordo com a dinâmica mutante de expansão e acumulação do capital, facilitando a prevalência dos elementos e tendências potencialmente mais fortes até a formação de corporações transnacionais gigantescas e monopólios industriais. (2011, p. 108).

Sobre o segundo defeito estrutural, a ruptura entre *produção e consumo*, a atuação do Estado é indispensável, para manter a expansão desenfreada do capital, em que prevalece a necessidade ideológica da ordem estabelecida, a soberania do consumo, ao trabalhador não basta ser produtor ele deve ser o “trabalhador-cliente-consumidor”. Ao Estado cabe, de acordo com Mészáros,

[...] o papel totalizador do Estado moderno é essencial. Ele deve sempre ajustar suas funções reguladoras em sintonia com a dinâmica variável do processo de reprodução socioeconômico, complementando politicamente e reforçando a dominação do capital contra as forças que poderiam desafiar as imensas desigualdades na distribuição e no consumo. (2011, p. 110).

Ainda sobre esse aspecto cabe o Estado moderno também a função do “comprador/consumidor”, neste sentido, pode-se citar como exemplo o investimento na compra de armamento bélico, a indução na política econômica vista no estado brasileiro com o Pacto de Aceleração do Crescimento (PAC), quando aprovou a isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), quando oferta planos de saúde privados para servidores públicos com vista alimentar o mercado da saúde suplementar. Como através da oferta de serviços para o conjunto da sociedade, através da implementação de serviços sociais, buscando atenuar os conflitos decorrentes da fragmentação entre produção e consumo, como ressalta Mészáros:

O Estado deve também assumir a importante função de comprador/consumidor direto em escala sempre crescente. Nessa função, cabe a ele prover algumas necessidades reais do conjunto social (da educação à saúde e da habitação e manutenção da chamada “infra-estrutura” ao fornecimento de serviços de seguridade social) e também a satisfação de “apetites em sua maioria artificiais” (por exemplo, alimentar não apenas a vasta máquina burocrática de seu sistema administrativo e de imposição da lei, mas também o complexo militar-industrial, imensamente perdulário, ainda que diretamente benéfico para o capital) – atenuando assim, ainda que não para sempre, algumas das piores complicações e contradições que surgem da fragmentação da produção e do consumo (MÉSZÁROS, 2011, p. 110).

Verifica-se que o Estado assume uma condição de comprador de mercadoria a qual é posta pelo capital, com o intuito de atender as necessidades deste, sendo o propósito maior comprar para viabilizar a expansão e a acumulação do capital. Ainda sobre esta questão Engels salienta que,

como representante oficial da sociedade capitalista, o Estado, terá que acabar por chamar a si a direção da produção. Esta necessidade da transformação em propriedade do Estado manifesta-se primeiro nas grandes instituições das comunicações: o correio, os telégrafos, os caminhos-de-ferro. (1975, p.93).

Quanto à atuação do Estado no terceiro defeito estrutural do capital, “*produção e circulação*”, de acordo com Mészáros, o papel do Estado se torna de grande relevância na medida em que busca procurar nas estruturas internas fragmentadas alguma unidade entre *produção e circulação*. Conforme o autor, a estrutura corretiva global e de comando político do sistema do capital se articulam como Estados nacionais, porém não se restringe a esses limites. Ou seja, ele deve facilitar a expansão do capital da forma mais totalizadora possível, não devendo agir com vista a impor limites, ou barreiras a esta expansão. Mészáros sublinha que,

No sistema do capital, o Estado deve afirmar, com todos os recursos à sua disposição, os interesses monopolistas de seu capital nacional - se preciso, com a imposição da “diplomacia das canhoneiras” - diante de todos os Estados rivais envolvidos na competição pelos mercados necessários à expansão e à acumulação do capital. (2011, p. 113).

Ou seja, quando o Estado nacional se vê ameaçado de expandir seu capital, utiliza-se do poder bélico para impor seus interesses aos demais, é recorrente vermos na mídia esta constatação quando assistimos as ameaças de conflito bélico entre os Estados Unidos e a Coreia do Norte.

Para resolver esta contradição, o Estado, segundo Mészáros serve-se de um sistema de “duplo padrão” em que reage da seguinte maneira,

[...] nos países centrais, ele promove um padrão de vida bem mais elevado para a classe trabalhadora articulado a uma democracia liberal, paralelo a isso nos países da ‘periferia subdesenvolvida’ se tem “um governo maximizador da exploração, implacavelmente (e sempre que preciso, abertamente ditatorial), exercido diretamente ou por procuração. (2011, p. 111).

Tem-se então uma hierarquia de Estados nacionais, conforme a ordem de poder que ocupam no sistema do capital global. Cabe ressaltar que tal posição não pode ser dada como inalterável, ela poder se modificar de acordo com as forças em vigor que possam contestar.

Mészáros (2011) enfatiza que esse “duplo padrão” não é um aspecto permanente na ordem global do capital, “[...] sua duração se limita às condições da ascendência histórica do sistema.” (*Ibid.*, p. 111). Quanto a esta questão o referido autor destaca duas tendências complementares que se apresentam nas últimas décadas, a primeira se refere “[...] a uma certa *equalização no índice diferencial de exploração* que tende a se afirmar também como espiral para baixo do trabalho nos países ‘centrais’ no futuro previsível.” (*Ibid.*, p. 112, grifos do autor). Ou seja, uma exploração dos trabalhadores também dos países de capitalismo centrais, provocando uma diminuição do seu padrão de vida, como podemos perceber atualmente o alto índice de desempregados, subemprego, terceirizados.

A segunda tendência sublinhada pelo autor, é que junto com essa primeira tendência em equalizar o índice de exploração da força de trabalho, segue-se

de um *crescente autoritarismo*, nos Estados “metropolitanos” antes liberais, e um desencadeamento geral, perfeitamente compreensível, com a ‘política democrática’, que está profundamente implicada na virada autoritária do controle político nos países capitalistas avançados. (MÉSZÁROS, 2011, p. 112, grifos do autor).

Diante disto, Mészáros sinaliza que a ação do Estado neste aspecto *produção e circulação* no sistema do capital não pode haver uma harmonização permanente, “[...] só pode assumir um equilíbrio estritamente temporário - e não a espera da *resolução* - do conflito.” (MÉSZÁROS, 2011, p. 114). Visto que ele está estruturado numa contradição que está presente desde as menores as maiores partes constitutivas do seu sistema por interesses inconciliáveis.

Como nos diz Marx, “[...] o Estado não pode eliminar a contradição entre função e a boa vontade da administração, de um lado, e os seus meios e possibilidades, de outro, sem eliminar a si mesmo, uma vez que repousa sobre essa contradição.” (2010, p. 60).

Dito isto, é importante enfatizar que diante das falhas de controle do sistema do capital, acima apresentadas, tem-se a necessidade da constituição de “[...] estruturas específicas de controle capazes de *complementar* - no nível apropriado de abrangência – os constituintes reprodutivos materiais, de acordo com a necessidade totalizadora e a cambiante dinâmica expansionista do sistema do capital” (MÉSZÁROS, 2011, p.119, grifo do autor). Neste sentido, surge o “Estado moderno como estrutura de comando político de grande alcance do capital, tornando-se parte da “base material” do sistema tanto quanto as próprias unidades reprodutivas socioeconômicas” (*Ibid.*, p. 119).

De acordo com Mészáros, apesar do Estado se apresentar como estrutura de comando, indispensável ao sistema do capital, ele possui sua própria superestrutura, constituída por uma

superestrutura legal e política. Mais adiante o autor explicita que está superestrutura política e legal do Estado é usada como “[...] imperativo estrutural orientado para a expansão do sistema que deve adaptar os diversos órgãos sociais que atuam sob a regra do capital” (*Ibid.*, p. 120).

Em relação à autonomia ou independência do Estado ao sistema do capital, o autor esclarece que ele não pode ser autônomo, em nenhum sentido, em relação ao sistema do capital, pois ambos são um só inseparáveis. Entretanto, salienta Mészáros, seria um equívoco,

considerar simplesmente ser o Estado idêntico à estrutura de comando do sistema do capital. O capital é um modo de controle sociometabólico historicamente específico, cuja estrutura de comando deve ser adequada em todas as esferas e em todos os níveis, por não poder tolerar absolutamente nada acima de si (MÉSZÁROS, 2011, p. 124).

Ainda neste sentido, a condição material para afirmar a constante expansão do sistema do capital é “[...] a constante extração do trabalho excedente de uma forma ou de outra, de acordo com as mudanças históricas” (*Ibid.*, p. 124). O Estado moderno, corporifica a necessária dimensão coesiva de seu imperativo estrutural orientado para a expansão e lucratividade do capital. Tal função é independente da forma que ele assume como “[...] o princípio estruturador em todas as suas formas, inclusive as variedades pós-capitalistas, é o seu papel vital de garantir e proteger as condições gerais de extração da mais-valia do trabalho excedente” (MÉSZÁROS, 2003, p. 121). Salienta o referido autor,

Sua superestrutura legal e política podem assumir as formas parlamentares, bonapartista ou até de tipo soviético pós-capitalista, além de muitas outras, conforme exigiam as circunstâncias históricas específicas. Além disso, mesmo dentro da estrutura da mesma formação socioeconômica (por exemplo, capitalista) pode deixar de cumprir suas funções, digamos, em uma rede legal e política liberal-democrática e passar a adotar uma forma abertamente ditatorial de legislação e dominação política; e também neste aspecto pode avançar e recuar (MÉSZÁROS, 2011, p.121).

Marx, já tinha desvendado tal pressuposto, para ele o Estado capitalista tem por natureza estar a serviço da classe dominante, como um instrumento de opressão, em que se utilizando de um aparato legal e político atua na salvaguarda dos interesses da classe dominante, independente da forma em que ele se apresente.

Assim, a própria natureza do Estado Moderno a qual segundo Marx estar baseada na exploração do capital sobre o trabalho, nasce de interesses inconciliáveis entre as classes fundamentais. A ele cabe administrar os conflitos que se apresentam desta contradição de modo a apaziguá-los, não questionado a base econômica de onde são gerados tais conflitos.

Para James O'Connor o Estado capitalista tem de “[...] desempenhar duas funções básicas e muitas vezes contraditórias: *acumulação e legitimação*” (1977, p. 19, grifo do autor). Ou seja, o Estado deve manter como também criar as condições para o desenvolvimento da acumulação de capital, ao tempo que também deve manter e criar as condições de harmonia social. Ainda sobre esse aspecto, o autor argumenta que o Estado ao envolver-se no processo de acumulação, não pode explicitar tal política, tem de mistificá-la ou ocultá-la perante a sociedade, transformando em tema administrativo (O’CONNOR, 1977).

Retomando a análise de Mészáros sobre o papel complementar do Estado moderno ao sistema do capital, como comando político deste, integrado a esse sistema, “[...] ele contribui de modo significativo não apenas para a formação e consolidação de todas as grandes estruturas reprodutivas da sociedade, mas também para seu funcionamento ininterrupto”. (MÉSZÁROS, 2011, p. 125).

Destaca Mészáros, que há uma inter-relação entre Estado e sistema do capital, na qual à medida que o Estado assegura o desenvolvimento do capital, este último lhe possibilita a sobrevivência, se configurando numa relação de complementação, tal como afirma o autor:

O Estado Moderno em si é totalmente inconcebível sem o capital como função sociometabólica. Isto dá às estruturas materiais reprodutivas do sistema do capital a condição necessária, não apenas para a constituição original, mas também para a sobrevivência continuada (e para as transformações históricas adequadas) do Estado moderno em todas as suas dimensões. Essas estruturas reprodutivas estendem sua influência sobre todas as coisas, desde os instrumentos rigorosamente repressivo/materiais e as instituições jurídicas do Estado, até as teorizações ideológicas e políticas mais mediadas de sua *raison d'être* e de sua proclamada legitimidade (*Ibid.*, p. 125, grifo do autor).

Mészáros, também analisa que existe uma dissonância entre as estruturas reprodutivas materiais do capital e sua formação de Estado, ou seja, há conflitos nessa relação. Esse conflito se dá inicialmente com a dificuldade de controle do sistema com o sujeito social da produção. Entre o homem que trabalha e que de fato produz a riqueza e aquele que é o sujeito que representa a personificação do capital, que aparece como produtor de riqueza. O sistema do capital se baseia nessa alienação do controle dos produtores. Para o autor tal conflito resulta fundamentalmente da determinação do capital, em que os sujeitos reais da produção, que são de fato os “controladores” do sistema, estão sendo invertidamente controlados por esse sistema (MÉSZÁROS, 2011). São forçados a “[...] aceitar um outro sujeito acima de si, mesmo que na realidade este seja um pseudo-sujeito.” (*Ibid.*, p. 126). Ou seja, as personificações do capital, as quais aparecem como produtivos, quando na verdade nada produz.

Entretanto, de acordo com Mészáros, esse controle do capital sobre o sujeito real da produção pode fugir ao controle, provocando no que diz o autor a “recalcitrante rebelião”. Tem-se então a importância da atuação do Estado, para amenizar esta contradição. Vejamos o que afirma o autor,

Tal papel é da maior importância, pois é ele quem oferece a garantia fundamental de que a recalcitrância e a rebelião potenciais não escapem ao controle. Enquanto esta garantia for eficaz (parte na forma de meios políticos e legais de dissuasão e parte como paliativo para as piores consequências do mecanismo socioeconômico produtor de pobreza, por meios dos recursos do sistema de seguridade social), o Estado moderno e a ordem reprodutiva sociometabólica do capital são mutuamente correspondentes (MÉSZÁROS, 2011, p. 126-127).

Mandel (1982) é um dos autores que também buscou se debruçar sobre as funções estatais a partir da perspectiva marxiana. Em sua análise o autor desenvolve novas funções do Estado além daquelas já evidenciadas por Marx, no transcorrer da passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista. O autor classifica as principais funções do Estado da seguinte maneira:

- 1) criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante;
- 2) reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do Exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário;
- 3) integrar as classes dominantes, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas (porque acreditam que isso é inevitável, ou que é ‘dos males o menor’, ou a ‘vontade suprema’, ou porque nem percebem a exploração). (MANDEL, 1982, p. 333-334).

Ou seja, ao Estado cabe a função de estabelecer as condições gerais para assegurar e impor a vontade da classe dominante, através da via repressiva e/ou da integração e de promoção das condições gerais da produção. Segundo o autor, a transição do capitalismo concorrencial para o imperialismo e para o capitalismo monopolista alterou as relações entre o Estado e a burguesia influenciando nas funções por ele desempenhadas.

O surgimento dos monopólios gerou uma tendência à superacumulação permanente nas metrópoles e à correspondente propensão a exportar capitais e a dividir o mundo em domínios coloniais e esferas de influência sob controle das potências imperialistas. Isso produziu um aumento substancial nas despesas com armamentos e o desenvolvimento do militarismo, o que, por sua vez, levou a um crescimento ainda maior do aparato estatal, envolvendo um desvio maior de rendimentos sociais para o Estado. As despesas com

armamentos têm, é claro, função dupla: a de defender os interesses específicos de cada potência metropolitana contra os rivais imperialistas (e povos coloniais) e a de proporcionar uma fonte de mais acumulação de capital (MANDEL, 1982, p.337-338).

Paralelo a essas novas demandas do capitalismo monopolista, ocorria na Europa ocidental, “[...] o aumento da influência política do movimento da classe operária, refletido de forma notável na aquisição gradual do sufrágio universal e em seu uso pela democracia social clássica [...]”, provocando no Estado a necessidade da intensificação da sua função integradora (MANDEL, 1982, p. 338). Todavia, essa ascensão permitiu a entrada no parlamento burguês de deputados ligados a social-democracia e posteriormente de deputados comunistas, o que significou uma ameaça a função que este espaço de dominação política da burguesia exercia. Assim, de acordo com Mandel, “[...] a tarefa de assegurar a continuidade da dominação política do capital foi gradualmente transferida do parlamento para os escalões superiores da administração estatal” (*Ibid.*, p. 338).

Ainda de acordo com Mandel, outra característica desse período foi a ampliação da legislação social, considerada como uma concessão à crescente luta de classes do proletariado, através de políticas sociais, com o intuito de salvaguardar a dominação do capital e arrefecer as lutas. O que por sua vez, determinou, “[...] uma redistribuição considerável do valor socialmente criado em favor do orçamento público [...]” (MANDEL, 1982, p. 338-339).

O Estado também passou a ampliar suas funções, em consequências de três características importantes nesse estágio do capitalismo monopolista, “[...] a redução da rotação do capital fixo, a aceleração da inovação tecnológica e o aumento enorme do custo dos principais projetos de acumulação de capital” (MANDEL, 1982, p. 339). Segundo o autor há uma tendência inerente, no capitalismo monopolista, do Estado incorporar funções produtivas e reprodutivas. “Sem essa socialização dos custos, esses setores não seriam nem mesmo remotamente capazes de satisfazer as necessidades do processo capitalista de trabalho” (*Ibid.*, p. 339).

Assim, o Estado desempenha função vital no sistema do capital, funcionando, segundo o referido autor, “[...] como um esteio do capital privado (e, em particular do capital monopolista)” (*Ibid.*, p. 339). Nessa direção o Estado desenvolve papel fundamental na administração das crises, intrínsecas ao capitalismo. Do ponto de vista econômico o Estado atua através de um arsenal de políticas governamentais anticíclicas¹³ cujo objetivo é evitar, ou pelo

¹³ As medidas keynesianas são exemplificativas. Keynes defendia que o Estado deveria intervir para restabelecer o equilíbrio econômico, “por meio de uma política fiscal, creditícia e de gasto, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia. O Estado keynesiano, “passa a

menos adiar tanto quanto possível, o retorno de quedas bruscas e catastróficas como a de 1929/32”. O esforço para impedir a crise de se agravar tem como frente ainda o “[...] ataque sistemático à consciência do trabalhador”, de modo a integrá-lo a ordem vigente. (MANDEL, 1982, p. 340).

2.3 Reestruturação produtiva, imperialismo e financeirização do capital

Como visto, ao longo da história do capitalismo as crises do capital, intrínsecas ao sistema, têm exigido novas formas de atuação do Estado, assim foi na grande depressão de 1929, com a entrada em cena do Estado interventor, conhecido em alguns países como Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social e assim tem sido. Com a crise iniciada no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 que se aprofunda na contemporaneidade, sendo denominada por Mézaros por crise estrutural do capital, o Estado tem passado por um reordenamento de suas funções, atrelado a um conjunto de mudanças requeridas para dar respostas a crise do capital, que vão desde o modelo de produção ao campo político ideológico, as quais por sua vez repercutem diretamente nas políticas sociais e como veremos mais adiante na política de saúde. Esse item tem por sua vez o objetivo de refletir como as transformações no âmbito da produção e no processo de acumulação do capital com a expansão da esfera financeira estão articuladas com o reordenamento do Estado, em sua face neoliberal. E nesse sentido com o processo de desestruturação das políticas sociais, especialmente na política de saúde, a partir do fortalecimento e expansão do setor privado, com a captura do fundo público.

2.3.1 Crise do capital e a reestruturação produtiva

Neste item, busca-se discorrer sobre as estratégias sinalizadas anteriormente pelo capital a fim de superar mais uma de suas crises – a crise dos finais dos anos 1960 e início dos anos 1970 - e como o Estado se reacomoda para atender tais demandas.

O Estado é um ator importante nesse processo, tendo em vista que muitas vezes as causas da crise são atribuídas a sua intervenção, fazendo assim parecer que é só mudar a sua forma de intervenção, de governo, que os problemas apresentados pelo sistema do capital irão se resolver.

ter um papel ativo na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações econômicas sociais. Nessa perspectiva, o bem estar ainda deve ser buscado individualmente no mercado, mas se aceitam intervenções do Estado em áreas econômicas, para garantir a produção, e na área social, sobretudo para as pessoas consideradas incapazes para o trabalho: idosos, deficientes e crianças. Nessa intervenção global, cabe portanto, o incremento das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008b, p.85-86).

É com essa concepção sobre a crise capitalista contemporânea que os adeptos dos segmentos burgueses tentam propagar que se trata de uma crise do Estado, limitando sua visão no entendimento de que as causas da crise e do recrudescimento econômico dos países de capitalismo central, especialmente, se deram devido à forte intervenção do Estado em gastos sociais e na economia.

A referida crise promoveu mudanças em todas as esferas sociais, exigindo mudanças tanto nos processos de produção como de reprodução social. Nesse sentido, o sistema capitalista empreendeu um processo de reestruturação produtiva baseado na substituição do modelo de produção Fordista, por um modelo que atendesse as demandas apresentadas pelo capital na busca pelo restabelecimento das suas taxas de lucro, este modelo ficou conhecido por acumulação flexível¹⁴ ou Toyotismo.

Segundo Antunes, após um período de apogeu o modelo taylorista/fordista começa a dar sinais de esgotamento a partir dos anos 70. Para o autor a crise que se evidenciou denominar da crise do fordismo e keynesianismo, equivocadamente, é uma expressão fenomênica da crise estrutural do capital. O autor aponta seis elementos que evidenciaram esse momento, em síntese: a *queda da taxa de lucro*, causada pelo aumento do preço da força de trabalho. *O segundo elemento seria* o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, caracterizado por Antunes como a expressão mais fenomênica da crise estrutural do capital. Tal esgotamento foi dado pela incapacidade de respostas à retração do consumo que se acentuava; porém, “[...] tratava-se de uma retração em resposta ao *desemprego estrutural* que então se iniciava [...]” (ANTUNES, 2009, p. 31, grifos do autor); *o terceiro elemento seria* a hipertrofia da *esfera financeira*, uma relativa autonomia em face dos capitais produtivos, “o que também já era expressão da própria crise estrutural do capital e seu sistema de produção”; *o quarto elemento se refere* ao aumento da concentração de capitais, a partir das fusões das empresas monopolistas e oligopolistas; *o quinto traço*, ressaltado pelo autor, diz respeito à crise do *Welfare State* ou do Estado de Bem-Estar Social, o que acarretou a crise fiscal do Estado capitalista, com a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado; *o sexto e último traço* foi o aumento acentuado das privatizações, “[...] a tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho” (ANTUNES, 2009, p. 32).

¹⁴ Não é nossa intenção aprofundar o debate sobre as peculiaridades desses modelos de acumulação. Todavia, é importante ainda que de modo breve abordar esse fenômeno para que possamos compreender melhor as mudanças que advieram com esse processo e que repercutiu em todas as esferas sociais, inclusive na política de saúde.

A implantação do fordismo não se realizou com tranquilidade; havia resistência dos trabalhadores à linha de montagem, por sua rigidez, repetição de movimentos e intensificação de formas alienadoras no tocante à sua participação integral no processo produtivo. E mais, o “novo homem” proposto pelo fordismo implicava disciplina, boa formação moral, equilíbrio familiar e consumo moderado de álcool, para corresponder às expectativas do mundo corporativo. O quadro delineado é bem típico de um modo peculiar da questão social como forma de resistência dos trabalhadores às condições de vida propiciadas ao trabalho pelo capital, que o Serviço Social considera como base de seu surgimento e objeto de sua ação (COSTA, 2017, p.168).

Conforme Antunes (2009) a crise do fordismo e do keynesismo, demonstrou ser um quadro crítico mais complexo, das demais crises cíclicas do capital. Se mostrou como uma crise estrutural do capital, em que a tendência decrescente da taxa de lucro se destacou entre outros elementos. Mostrou-se também o “[...] sentido destrutivo da lógica do capital, presente na intensificação da lei de tendência decrescente do valor de uso das mercadorias, quanto da incontrolabilidade do sistema de metabolismo social do capital” (ANTUNES, 2009, p.33).

A crise do modelo taylorista/fordista foi acompanhada da crise do chamado Estado de Bem estar Social ou Welfare State. Paulo Netto (2012) aponta que a crise do Estado de Bem-Estar Social não se reduziu apenas ao esgotamento do complexo processo de compromisso de classes. A crise, segundo o autor, é expressão de algo muito mais fundamental:

A curva decrescente da eficácia econômico-social da ordem do capital evidencia que a dinâmica crítica desta ordem alçou-se a um nível no interior do qual a sua reprodução tende a requisitar, progressivamente, a eliminação das garantias sociais e dos controles mínimos a que o capital foi obrigado naquele arranjo. (PAULO NETTO, 2012, p. 77-78, grifo do autor).

Na avaliação de David Harvey, o período de 1965-1973 explicitou a incapacidade do fordismo e do keynesianismo para administrar as contradições inerentes ao capitalismo:

A rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impedia a flexibilidade de planejamento e presumia crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Havia problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho. [...] E toda tentativa de superar esses problemas profundamente entrenchados da classe trabalhadora – o que explica as ondas de greve e os problemas trabalhistas do período de 1968-1972. A rigidez dos compromissos do Estado foi se intensificando à medida que programas de assistência (seguridade social, direitos de pensão etc.) aumentavam sob pressão para manter a legitimidade num momento em que a rigidez na produção restringia expansões da base fiscal para os gastos públicos. (HARVEY, 2010, p. 135).

Como resposta à crise, o Estado atacado por seu intervencionismo, sofre alterações no sentido de recuperar as taxas de acumulação do capital usando o fundo público para isso.

Conforme avalia Brettas, o fundo público que já tinha uma centralidade na dinâmica de acumulação do capital desde o pós-guerra, encontra na dívida pública uma das principais formas de transferir recursos para o grande capital.

Este mecanismo transforma-se em uma importante ferramenta do Estado para garantir as condições de funcionamento do sistema e alimentar a rentabilidade no circuito das finanças. Neste sentido, o gasto com as políticas sociais, o financiamento ao investimento e a participação direta do Estado na produção sofrem reconfigurações com vistas a liberar recursos para alimentar a rentabilidade do capital portador de juros (BRETTAS, 2013, p. 20).

No sentido da produção um novo padrão produtivo é posto em substituição ao fordismo, conhecido como toyotismo (GOUNET, 1999) ou como o denomina Harvey (2010), acumulação flexível. Segundo o autor a acumulação flexível é:

marcada por um confronto direto com a rigidez do Fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas (HARVEY, 2011, p. 140).

Desse modo, o modelo toyotismo/acumulação flexível passa a substituir o fordismo com uma lógica de gestão do trabalho bem diferente da que se tinha, caracterizada pela flexibilização das relações de trabalho através da terceirização e ainda a quarteirização, com uma produção horizontalizada em regiões de todo mundo, principalmente onde a força de trabalho seja mais barata e em que a legislação trabalhista seja pouco desenvolvida, intensificando assim as formas de exploração do capital sobre o trabalho e principalmente desarticulando a organização da classe trabalhadora. Enquanto processo ágil e lucrativo de produção de mercadorias, esse modelo foi o novo padrão de acumulação que o capital utilizou para recuperar-se de sua crise estrutural.

De acordo com Brettas (2013) o aumento da exploração do trabalho, com vistas a intensificar a extração de mais valia “[...] funcionou como recurso para viabilizar o aumento da punção da esfera financeira sobre os valores gerados na produção, ampliando as contradições na dinâmica de acumulação capitalista, levando a sucessivas crises de acumulação” (p.19-20).

Ainda com toda inovação tecnológica do Toyotismo e com a desarticulação do movimento sindical não foram suficientes para recuperar as taxas de lucro. De acordo com

Brettas, a desregulamentação financeira foi utilizada como alternativa para ampliar a rentabilidade do capital, em paralelo alimentando a exploração do trabalho no âmbito da produção, “[...] espaço de extração da mais valia de onde se originam os ganhos obtidos nas finanças” (BRETTAS, 2013, p. 156).

Esse processo de reestruturação produtiva está intimamente relacionado com o processo de mundialização do capital¹⁵, como denominou Chesnais (1996) ou como outros autores denomina “globalização neoliberal”, momento em que o grande capital inicia uma grande expansão da esfera financeira. De acordo com o autor este crescimento vem se alimentando, de dois mecanismos diferentes: “[...] os primeiros referem-se à ‘inflação do valor dos ativos’, ou seja, à formação de ‘capital fictício’. Já os outros se baseiam em transferências efetivas de riqueza para a esfera financeira” (CHESNAIS, 1996, p. 15). Neste último, o autor destaca o importante mecanismo da dívida pública.

No próximo item iremos tratar melhor sobre esse processo de financeirização nos detendo sobre a análise do capital portador de juros e como se constitui o capital financeiro, através do mecanismo da dívida pública, a qual tem retirado cada vez mais recursos do fundo público para alimentar o grande capital.

2.3.2 Crise, mundialização do capital e expansão da esfera financeira: o capital portador de juros como expressão desse processo

A crise desencadeada no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 além do processo de reestruturação produtiva, trouxe à tona outro fenômeno, a expansão da esfera financeira atrelado ao processo de mundialização do capital. Silva (2011) avalia que o desenvolvimento das forças produtivas possibilitou o desenvolvimento de novas formas de capital, a exemplo do capital monetário, o processo de circulação das mercadorias do capital industrial e do capital de comércio de mercadorias fez com que o dinheiro passasse a realizar “[...] movimentos puramente técnicos e autonomizados como função de um capital específico. Do capital global surge uma forma específica de capital, o capital monetário” (SILVA, 2011, p. 10).

Ainda segundo a autora, o avanço do processo de produção e reprodução capitalista faz com que o dinheiro se torne uma mercadoria; porém, uma mercadoria que não pode ser

¹⁵ De acordo com Chesnais (1996), “a expressão ‘mundialização do capital’ é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês ‘globalização’, que traduz a capacidade estratégica de todo o grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta ‘globais’. (CHESNAIS, 1996, p. 17).

comprada e vendida, e por isso adquire a forma de empréstimo. “A esta forma, Marx chamou de capital portador de juros¹⁶” (SILVA, 2011, p. 11). Esse processo aparece ilusoriamente como se o dinheiro conseguisse produzir dinheiro, nesse sentido é preciso recorrer a Marx para desvelar essa ilusão, partindo da análise do autor sobre o que seria então o capital portador de juros.

Marx (2017) no livro III do capital, analisa o capital portador de juros, para tanto ele compara os movimentos dos diferentes capitais exemplificando-os. Segundo Marx:

No movimento do capital comercial D -M -D', a mesma mercadoria muda duas vezes de mãos ou, se o comerciante vende a outro comerciante, muda várias vezes de mãos; mas cada uma dessas mudanças de lugar da mesma mercadoria representa uma metamorfose, compra ou venda de mercadoria, por mais que esse processo possa se repetir até que a mercadoria entre definitivamente na esfera do consumo.[...]. Por sua vez, em M -D -M o mesmo dinheiro troca duas vezes de mãos, mas isso indica a metamorfose completa da mercadoria, que primeiro é convertida em dinheiro e, num segundo momento, é reconvertida de dinheiro em outra mercadoria. (MARX, 2017, p.469).

Nesse processo o movimento do capital precisa ser realizado por completo, o dinheiro nesse movimento aparece como elo de interlocução entre um processo e outro, para que assim o capital possa usufruir da mais-valia gerada e possa começar novamente o processo produtivo.

De acordo com Marx, esse processo com o capital portador de juros ocorre totalmente inverso, pois “[...] D não é fator da metamorfose da mercadoria, tampouco da reprodução do capital [...]” (MARX, 2017, p. 469), o dinheiro só pode transformar a mercadoria ou atuar no processo de reprodução do capital, “[...] quando se encontra nas mãos do capitalista em atividade, que comercia com ele ou o converte em capital produtivo”. (*Ibid.*, p. 470). Assim, o que caracteriza o movimento do capital portador de juros é transferência ou cessão entre A e B. Marx, assinala:

A forma de empréstimo que, em vez da forma da venda, é característica dessa mercadoria – do capital como mercadoria – e que, além disso, ocorre também em outras transações resulta já da determinação de que o capital aparece aqui como mercadoria, de que o dinheiro, como capital, converte-se em mercadoria. (MARX, 2017, p.470)

Em sua análise Marx, porém explica que nesse processo o capital-mercadoria atua aqui somente como mercadoria e o capital monetário, somente como dinheiro. O autor continua seu

¹⁶ Conforme Chesnais, o capital portador de juros busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem-sucedida (CHESNAIS, 1996).

raciocínio afirmando que o capitalista quando vende sua mercadoria enquanto tal, não como capital, ainda que esta seja precisamente para ele, assim como o faz quando aliena o dinheiro, não aparece nessa relação como uma compra e venda de capitais. Já com o capital portador de juros, essa relação aparece como uma compra e venda de capital desde o início, tal relação é o que caracteriza a especificidade desse capital. Nos diz Marx (2017):

Diferente é o que acontece com o capital portador de juros, e justamente isso constitui seu caráter específico. O possuidor de dinheiro, que quer valorizá-lo como capital portador de juros, aliena-o a um terceiro, lança-o na circulação, converte-o em mercadoria como capital; e não só como capital para ele mesmo, mas também para outros; ele não é capital apenas para quem o aliena, mas é desde o início transferido a um terceiro como capital, como valor que possui o valor de uso de criar mais -valor, lucro; como um valor que conserva a si mesmo no movimento e que, depois de ter funcionado, retorna àquele que o desembolsou originalmente, no caso em questão, ao possuidor do dinheiro; portanto, um valor que só por algum tempo permanece distante de quem o desembolsou, que só transita temporariamente das mãos de seu proprietário para as mãos do capitalista em atividade e que, por conseguinte, não é pago nem vendido, mas apenas emprestado; um valor que só é alienado sob a condição de, em primeiro lugar, retornar a seu ponto de partida após determinado prazo e, em segundo lugar, retornar como capital realizado, isto é, tendo cumprido seu valor de uso, que consiste em produzir mais-valor (MARX, 2017, p.473).

Assim, o dinheiro como mercadoria pode ser emprestada tanto na forma de capital fixo ou como capital circulante. Todavia, em ambas as formas o que importa é que ele continua a ser apenas uma forma especial do capital monetário. E acrescenta Marx: Cessão, empréstimo de dinheiro por certo tempo e devolução desse dinheiro acrescido de juros (mais-valor) constituem a forma integral do movimento, que corresponde ao capital portador de juros como tal (*Ibid.*, p. 479).

No movimento efetivo do capital, o retorno é uma fase do processo de circulação. Primeiro, o dinheiro é convertido em meios de produção; o processo de produção o converte em mercadoria; mediante a venda da mercadoria, ele é novamente convertido em dinheiro e, sob essa forma, retorna às mãos do capitalista, que inicialmente desembolsou o capital em forma de dinheiro. No capital portador de juros, porém, tanto a devolução como a cessão do capital são mero resultado de uma transação jurídica entre o proprietário do capital e uma segunda pessoa. O que vemos é apenas cessão e devolução. Tudo o que se encontra entre esses dois polos se esfuma (MARX, 2017, p. 480).

Ainda sobre esse processo, o autor explica que no intercâmbio simples de mercadorias, o dinheiro sempre estará do lado do comprador; já no capital portador de juros, no empréstimo de dinheiro, ele sempre estará do lado do vendedor. No momento em que o prestatário recebe em forma de empréstimo o dinheiro, “[...] ele é apenas capital em potencial, tal como todo

capital em seu ponto de partida. Apenas mediante seu uso ele se valoriza, se realiza como capital” (MARX, 2017, p. 484). Todavia, ao retornar ao prestamista ele deve ser restituído como valor acrescido de mais-valor (juros). Assim, ao invés de comprar e vender mercadoria, empresta-se e toma-se emprestado, uma diferença importante que diz respeito a natureza da mercadoria, é que o prestatário, de antemão, não paga o preço da mercadoria, mas os juros. [...] Assim, se o preço expressa o valor da mercadoria, os juros expressam a valorização do capital monetário e aparece, portanto, como o preço que se paga ao prestamista pelo capital monetário (*Ibid.*). Em outras palavras a taxa de juros expressa o retorno do capital especulativo e a taxa de lucro expressa a valorização do capital produtivo.

Um elemento importante destacado por Marx é que “[...] o valor do dinheiro ou das mercadorias consideradas como capital, não está determinado por seu valor como dinheiro ou mercadorias, mas pela quantidade de mais-valor produzida para seu possuidor [...]” (MARX, 2017, p. 486), ou seja, o lucro, ele é o produto do capital. Duas questões são postas por Marx:

1) o dinheiro pode ser transformado nos elementos de produção e, como tal, é a mera expressão abstrata destes últimos, sua existência como valor; 2) os elementos materiais [stofflichen] da riqueza possuem a qualidade de já ser capital em potencial, uma vez que o termo antagônico que os complementa e os converte em capital – o trabalho assalariado – existe sobre a base da produção capitalista (MARX, 2017, p.487).

No capital portador de juros a relação que se estabelece entre comprador e vendedor é a restituição do capital, com juros. Mas, o que seria então os juros? Marx afirma que os juros, é apenas uma parte do lucro. E retomam a determinação, imanente ao modo de produção capitalista, de que a taxa lucro pode ser determinada tanto pela relação entre o lucro obtido numa rotação e o valor-capital adiantado, como também pela duração dessa rotação, e dar o exemplo do lucro que é gerado na esfera da produção em determinados períodos.

Como os juros são apenas uma parte do lucro, que, de acordo com o pressuposto de que partimos, o capitalista industrial tem de pagar ao capitalista monetário, vemos que o limite máximo dos juros é o lucro mesmo, sempre que a parte correspondente ao capitalista atuante for = 0. [...] O limite mínimo dos juros é absolutamente indeterminável.[...] Nesse sentido, pode-se dizer que os juros são regulados pelo lucro e, mais precisamente, pela taxa geral de lucro (*Ibid.*, p.491-493).

Em síntese o capital portador de juros, ainda que não seja uma mercadoria totalmente diferente da mercadoria, “[...] converte-se numa mercadoria *sui generis*, que tem nos juros seu próprio preço, o qual, tal como o preço de mercado das mercadorias comuns, é fixado em cada momento pela ação da oferta e da demanda” (*Ibid.*, p. 494). Sua demanda se dá entre capitalistas

monetários e capitalistas produtivos, o primeiro a vende como mercadoria, enquanto o segundo a compra.

Como dito anteriormente, os juros é apenas uma parte do lucro, da mais-valia, advindo do mais-valor que o capitalista ativo, industrial ou comerciante, que tomou emprestado, precisa pagar ao proprietário e prestamista desse capital. Mas, caso ele não tenha tomado esse capital emprestado, tenha utilizado seu capital próprio, o lucro será inteiramente seu, não concorrendo assim para a determinação da taxa de juros.

Ainda sobre a taxa de juros, Marx analisa que ela nasce da separação entre os capitalistas monetários e os capitalistas industriais, ao converter uma parte do lucro em juros e cria, em geral, a categoria dos juros; e a taxa de juros¹⁷ nasceu “[...] exclusivamente da concorrência entre esses dois tipos de capitalistas” (MARX, 2017, p. 507-508).

Outro fator analisado por Marx é como esses capitais, industrial e monetário, funcionam no processo de reprodução enquanto capitais. Assim, para o capitalista industrial que tenha empregado seu capital em sua produção, seu capital encontra-se imobilizado no processo de reprodução e exploração do trabalho. E mesmo quando o ciclo produtivo finaliza, ele precisa empregar novamente para que se tenha continuidade a reprodução do capital. Assim ocorre com o capitalista monetário ao emprestar seu capital, este lhe rende juros, mas está preso nesse processo, pois este capital não encontra-se a sua disposição. “No entanto, mesmo a devolução deste último é aqui absolutamente indiferente. Quando o prestamista o recebe de volta, ele tem de emprestá-lo novamente, por todo o tempo em que o capital deve funcionar – nesse caso, como capital monetário” (*Ibid.*, p. 508).

Marx (2017) observa que o capital portador de juros existe como uma forma pronta, como se alto se reproduzisse, assim como os juros, o qual segundo o autor é uma subforma pronta do mais-valor produzido pelo capital. Tais formas existem “muito antes do modo de produção capitalista e as ideais de capital e lucro que lhe correspondem. Isso explica por que, na concepção popular, considera-se o capital monetário, o capital portador de juros, o capital como tal, o capital *par excellence*.” (p. 508). Ou seja, aparecem como os criadores da riqueza da sociedade. Mas adiante, Marx afirmar:

Mas generalizar esse aspecto, referindo-o a todo o capital da sociedade, como o fazem alguns economistas vulgares, e inclusive defini-lo como fundamento do lucro, é naturalmente um disparate. A ideia de converter o capital total da sociedade em capital monetário, sem que existam pessoas que comprem e

¹⁷ Com a crise dos anos 1970, as taxas industriais em queda e a taxa de juros em alta acabou por redefinir a esfera financeira como área primordial de atuação do capital privado.

valorizem os meios de produção – sob cuja forma se encontra a totalidade do capital, com exceção de uma porção relativamente pequena existente em dinheiro –, é evidentemente absurda. E nela vai implícita uma ideia ainda mais absurda, a de que, com base no modo de produção capitalista, o capital poderia gerar juros sem funcionar como capital produtivo, isto é, sem criar mais -valor, do qual os juros não são mais que uma parte; a ideia de que o modo de produção capitalista poderia mover-se sem a produção capitalista. (2017, p.517).

Desse modo, segundo Marx (2017) o capital portador de juros apresenta a forma mais exterior e fetichista da relação capitalista. “Aqui deparamos com D -D’, dinheiro que engendra mais dinheiro, valor que valoriza a si mesmo, sem o processo mediador entre os dois extremos” (MARX, 2017, p. 534). Diante de tal fetichização, Marx observa que embora o capital comercial produza também alienação, no capital comercial, D-M-D’, está presente a forma geral do capital, ainda que tal processo fique restrito a esfera da circulação, “[...] razão pela qual o lucro como simples lucro de alienação; ele se apresenta, no entanto, como produto de uma relação social, e não como produto simples de uma mera coisa (*Ibid.*, p.535).

D -D’: temos aqui o ponto de partida do capital, o dinheiro na fórmula D -M -D’, reduzida aos dois extremos D -D’, em que $D' = D + \Delta D$, ou seja, dinheiro que gera mais dinheiro. É a fórmula geral e originária do capital, condensada de modo absurdo. É o capital consumado, a unidade do processo de produção e do processo de circulação, que, por conseguinte, gera mais-valor ao final de determinado período. Sob a forma do capital portador de juros, isso aparece de maneira direta, sem a mediação do processo de produção e de circulação. O capital aparece como fonte misteriosa e autocriadora de juros, de seu próprio incremento. A coisa (dinheiro, mercadoria, valor) é, por si só, capital, e o capital aparece como simples coisa; o resultado do processo inteiro de reprodução aparece como uma qualidade inerente a uma coisa material; depende da vontade do possuidor do dinheiro, isto é, da mercadoria em sua forma constantemente mutável, se ele irá desembolsá-lo como dinheiro ou alugá-lo como capital. No capital portador de juros, portanto, produz -se em toda sua pureza esse fetiche automático do valor que se valoriza a si mesmo, do dinheiro que gera dinheiro, mas que, ao assumir essa forma, não traz mais nenhuma cicatriz de seu nascimento. A relação social é consumada como relação de uma coisa, o dinheiro, consigo mesma. Em vez da transformação real do dinheiro em capital, aqui se mostra apenas sua forma vazia de conteúdo. (MARX, 2017, p. 535).

Outro elemento que o capital portador de juros inverte é em fazer parecer que os juros são verdadeiramente fruto do capital, quando na verdade os juros são parte do lucro, do mais-valor que o capitalista em atividade arrancou do trabalhador por meio da produção.

Aqui se completam a forma fetichista do capital e a ideia do fetichismo do capital. Em D -D’, temos a forma mais sem conceito [*begriffslos*] do capital, a inversão e a coisificação das relações de produção elevadas à máxima potência: a forma simples do capital, como capital portador de juros, na qual

ele é pressuposto a seu próprio processo de reprodução; a capacidade do dinheiro ou, conforme o caso, da mercadoria, de valorizar seu próprio valor, independentemente da reprodução – eis a mistificação capitalista em sua forma mais descarada.[...] Assim como crescer é próprio das árvores, também criar dinheiro (tokoz) [juros; descendência] parece ser próprio do capital nessa forma de capital monetário (*Ibid.*, p. 536-537).

Pode-se dizer que o capital portador de juros atende ao desejo do capitalista de abreviar o movimento do capital, deixando de lado o processo intermediário, e recolhendo os rendimentos que esse capital de forma inativa lhe proporcionou.

Tão logo é emprestado ou investido no processo de reprodução (na medida em que rende ao capitalista ativo, como a seu proprietário, juros separados do ganho empresarial), crescem seus juros, não importando se ele dorme ou está acordado, se está em casa ou viajando, se é dia ou noite. Assim, o desejo do entesourador se realiza no capital monetário portador de juros (e todo capital é, segundo sua expressão de valor, capital monetário – ou é agora considerado a expressão do capital monetário (MARX, 2017, p.537).

Nesse processo os bancos desempenham um papel importante, tendo em vista que a maior parte do capital monetário concentra-se em suas mãos. Eles funcionam como “[...] caixas dos capitalistas industriais, o capital monetário que todo produtor e todo comerciante detêm como fundo de reserva ou que flui para eles como pagamento. Esses fundos convertem-se, assim, em capital monetário emprestável” (MARX, 2017, p. 549). De acordo com Marx com o desenvolvimento do sistema bancário, estes abrigam as reservas de dinheiro e o dinheiro inativo de todas as classes. Assim, pequenas somas fundem-se e geram, assim, um poder monetário.

Marx já alertava para o desenvolvimento de novas formas de empresa industrial, a fim de conter os fluxos de produção o qual crescia desproporcional a expansão do mercado e absorção da quantidade aumentada da produção. Segundo o autor “[...] o que aquela produz em meses este só pode absorver, quando muito, em anos” (*Ibid.*, p. 596). Como resultado se tem as crises de superprodução crônica, como resposta tem-se a criação de carteis, com a finalidade de regular a produção, criou-se no caso da Inglaterra, uma comissão a fim de determinar a quantidade de produção de cada estabelecimento para regular a produção. Todavia, tal alternativa não foi suficiente, tendo em vista os diferentes interesses entre as diversas empresas. Em alguns ramos optou-se por concentrar toda produção em uma grande sociedade por ações e direção única, ou seja, num grande monopólio.

Essa é a supressão do modo de produção capitalista no interior do próprio modo de produção capitalista e, portanto, uma contradição que anula a si mesma e se apresenta. Seu modo de manifestação é também o de uma contradição desse tipo. Em certas esferas, ela estabelece o monopólio e, com

isso, provoca a ingerência estatal. Produz uma nova aristocracia financeira, uma nova classe de parasitas sob a forma de projetistas, fundadores e diretores meramente nominais; todo um sistema de especulação e de fraude no que diz respeito à fundação de sociedades por ações e ao lançamento e comércio de ações. É produção privada, sem o controle da propriedade privada (MARX, 2017, p. 597).

Conforme a análise de Marx essa nova forma de capital significa apropriação da propriedade social por poucos, e que esse tipo de valorização do capital, sem lastro com produção capitalista, tem “[...] um limite em seu desenvolvimento real, livre, pois na realidade constitui um entrave e um limite imanentes à produção, que são constantemente rompidos pelo sistema de crédito” (MARX, 2017, p.600).

Lênin (1985) afirma que o capitalismo só se transforma em imperialismo capitalista quando alcança um grau de desenvolvimento muito elevado e algumas de suas características fundamentais se transformam em sua antítese, manifestando os traços de transição do capitalismo para uma estrutura econômica e social mais elevada. Segundo esse autor, o imperialismo é a fase monopolista do capitalismo.

Se fosse necessário dar uma definição o mais breve possível do imperialismo, dever-se-ia dizer que o imperialismo é a fase monopolista do capitalismo. Essa definição compreenderia o principal, pois, por um lado, o capital financeiro é o capital bancário de alguns grandes bancos monopolistas fundido com o capital das associações monopolistas de industriais, e, por outro lado, a partilha do mundo é a transição da política colonial que se estende sem obstáculos às regiões ainda não apropriadas por nenhuma potência capitalista para a política colonial de posse monopolista dos territórios do globo já inteiramente repartido (LENIN, 2012, p.124).

Lênin em sua obra “Imperialismo, estágio superior do capitalismo” apresenta um resumo do surgimento dos monopólios:

Assim, o resumo da história dos monopólios é o seguinte: 1) Décadas de 1860 e 1870, o grau superior, culminante, de desenvolvimento da livre concorrência. Os monopólios não constituem mais do que germes quase imperceptíveis. 2) Depois da crise de 1873, longo período de desenvolvimento dos cartéis, os quais constituem ainda apenas uma exceção, não são ainda sólidos, representando ainda um fenômeno passageiro. 3) Ascenso de fins do século XIX e crise de 1900 a 1903: os cartéis passam a ser uma das bases de toda a vida econômica. O capitalismo transformou-se em imperialismo (LÊNIN, 2012, p. 44).

Para Lênin o monopólio é a última etapa do estágio atual do capitalismo e nesse processo os bancos têm um papel importante, se antes eles atuavam apenas como intermediários no processo de conversão do capital-dinheiro inativo em capital ativo que gera lucro com o

aumento das operações bancárias e ao mesmo tempo a concentração em poucos estabelecimentos, os bancos passaram

[...] de modestos intermediários que eram antes, em monopolistas onipotentes, que dispõem de quase todo o capital-dinheiro do conjunto dos capitalistas e pequenos patrões, bem como da maior parte dos meios de produção e das fontes de matérias-primas de um ou de muitos países (LENIN, 2012, p. 55).

O autor observa que essa concentração bancária constitui um dos processos fundamentais desse novo estágio do capitalismo em imperialismo capitalista. Na medida em que esses capitalistas antes dispersos se constituem em capitalistas coletivos que passam a operar gigantescos montantes e diversas contas correntes de capitalista, quando uma pequena parte desses capitalistas têm em mãos operações desse nível em proporção gigantesca, tem-se como resultado a subordinação das operações comerciais e industriais. Vejamos o que nos diz o próprio Lênin:

[...] colocando-se em condições - por meio das suas relações bancárias, das contas correntes e de outras operações financeiras -, primeiro de conhecer com exatidão a situação dos diferentes capitalistas, depois de controlá-los, exercer influência sobre eles mediante a ampliação ou a restrição do crédito, facilitando-o ou dificultando-o, e, finalmente, de decidir inteiramente sobre o seu destino, determinar a sua rentabilidade, privá-los de capital ou permitir-lhes aumentá-lo rapidamente e em grandes proporções, etc (2012, p. 61).

Os bancos, segundo Lênin, aceleram o processo de concentração do capital e de constituição dos monopólios. Nesse processo os bancos mantem estreita relação com a indústria, de onde surge o capital financeiro. Citando Hilferding, Lênin aponta:

Uma parte cada vez maior do capital industrial - escreve Hilferding - não pertence aos industriais que o utilizam. Podem dispor do capital unicamente por intermédio do banco, que representa, para eles, os proprietários desse capital. Por outro lado, o banco também se vê obrigado a fixar na indústria uma parte cada vez maior do seu capital. Graças a isto, converte-se, em proporções crescentes, em capitalista industrial. Este capital bancário - por conseguinte capital sob a forma de dinheiro -, que por esse processo se transforma de fato em capital industrial, é aquilo a que chamo capital financeiro.” “Capital financeiro é o capital que se encontra à disposição dos bancos e que os industriais utilizam. (LENIN, 2012, p.75).

Segundo Lênin (2012) o capital financeiro criou a época dos monopólios, a qual traz consigo algumas características como: Transações proveitosas ao invés da concorrência no mercado aberto; imposição nas cláusulas do empréstimo do gasto do mesmo com a compra de produtos ao país credor, ele dar o exemplo de armamentos, sendo desse modo a exportação de capitais conjugada com a exportação de mercadorias.

O capital financeiro tem assim atuado para subordinar as relações econômicas e internacionais, como também na subordinação dos Estados. “Mas, compreende-se, a subordinação mais lucrativa e “cômoda” para o capital financeiro é uma subordinação tal que traz consigo a perda da independência política dos países e dos povos submetidos. Os países semicoloniais são típicos, neste sentido, como ‘caso intermédio’” (LÊNIN, 2012, p. 115). Como diz Hilferding: “O capital financeiro não quer a liberdade, mas a dominação” (*apud* LÊNIN, 2012, p.118).

Conforme Brettas essa é “[...] uma fase marcada pela concentração, centralização e internacionalização do capital, que tem no aumento das disputas interimperialistas e no desenvolvimento desigual e combinado a expressão do movimento do capital na busca dos superlucros”. (2013, p. 31). Ainda segundo a autora é uma fase marcada pelo acirramento das desigualdades promovidas pelo poder político-militar aliado ao poder econômico na busca de acumulação de capitais.

Silva (2011) observa que se está diante de um vasto processo de desmonte das políticas sociais, especialmente das mais universais,

[...] destinadas à reprodução da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas donos do capital que porta juros. Os mecanismos utilizados se dão na transferência de crescentes recursos sociais para a esfera financeira por meio de contrarreformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública. (SILVA, 2011, p. 10).

A autora avalia que o desenvolvimento das forças produtivas possibilitou o desenvolvimento de novas formas de capital. Assim, o processo de circulação das mercadorias do capital industrial e do capital de comércio de mercadorias fez com que o dinheiro passasse a realizar “[...] movimentos puramente técnicos e autonomizados como função de um capital específico. Do capital global surge uma forma específica de capital, o capital monetário” (SILVA, 2011, p. 10).

Segundo Silva, G. (2011), o avanço do processo de produção e reprodução capitalista faz com que o dinheiro se torne uma mercadoria; porém, uma mercadoria que não pode ser comprada e vendida, e por isso adquire a forma de empréstimo. “A esta forma, Marx chamou de capital portador de juros¹⁸” (*Ibid.*, p. 11).

Ainda segundo a autora, à medida que o capital portador de juros passa a operar com a

¹⁸ Conforme Chesnais, o capital portador de juros busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem-sucedida (CHESNAIS, 1996).

especulação, deslocando-se de sua base real, material – dado o avanço da financeirização do capital –, como no caso dos títulos públicos, tem-se o capital fictício. Este caracteriza como uma forma ilusória que adquirem os rendimentos provenientes do capital portador de juros.

Nos dias atuais, esta forma de capital portador de juros

[...] assume um novo papel no sistema monetário, pois está organicamente associado ao capital industrial. Na era do capital dos monopólios, temos o capital financeiro; este, segundo Lênin (2005), é a fusão entre o capital industrial e o capital bancário, em elevado grau de desenvolvimento do capital, no qual a concentração conduz aos monopólios capitalistas. [...] O capital financeiro cria a chamada oligarquia financeira, uma classe de *rentiers* que vive apenas dos rendimentos do capital financeiro, dos juros do capital monetário e da especulação. (SILVA, 2011, p. 11, grifo do autor).

No processo denominado por Chesnais (1996) de mundialização do capital, “esses rentistas darão a direção política e ideológica ao Estado e requisitarão a atuação do fundo público diretamente em favor de seus interesses” (1996, p. 15).

Conforme a análise de Duriguetto e Montañó (2011), com a crise capitalista manifestada a partir dos anos 1970, o grande capital inicia uma enorme expansão financeira. Chesnais (1996) identifica um crescimento acentuado da esfera financeira nos últimos 15 anos, a qual vem comandando cada vez mais a repartição e a destinação social da riqueza produzida. Este crescimento vem se alimentando, segundo o autor, de dois mecanismos diferentes: “[...] os primeiros referem-se à ‘inflação do valor dos ativos’, ou seja, à formação de ‘capital fictício’. Já os outros se baseiam em transferências efetivas de riqueza para a esfera financeira” (*Ibid.*, p. 15). Neste último, o autor destaca o importante mecanismo da dívida pública.

O capitalismo financeiro unifica processos econômicos, políticos e ideológicos que contribuem para o crescente movimento do capital. Conforme Iamamoto:

O que se pretende *insinuar é que a mundialização financeira sob suas distintas vias de efetivação unifica, dentro de um mesmo movimento, processos que vêm sendo tratados pelos intelectuais como se fossem isolados ou autônomos*: a “reforma” do Estado, tida como específica da arena política; a reestruturação produtiva, referente às atividades econômicas empresariais e à esfera do trabalho; a *questão social*, reduzida aos chamados *processos de exclusão e integração social*, geralmente circunscritos a *dilemas da eficácia da gestão social*; a *ideologia neoliberal e concepções pós-modernas*, atinentes à *esfera da cultura*. [...] O que se olvida e obscurece é que o capitalismo integra, na expansão monopolista, processos econômicos, políticos e ideológicos que alimentam o crescente movimento de valorização do capital, realizando a “subsunção real da sociedade ao capital”. (IAMAMOTO, 2011, p. 114, grifo do autor).

A expansão financeira, caracterizada como processo de financeirização do capital, expande-se e se desenvolve nos finais do século XX. Para Chesnais (1996), este processo se

amplia sob uma nova configuração do capitalismo mundial, circunscrita a uma nova fase do imperialismo: a fase da “mundialização do capital¹⁹”. Este novo modo de acumulação capitalista baseia-se em novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (fundos mútuos e fundos de pensão), que se acham na esfera financeira. “O avanço do sistema financeiro internacional se desprende, se autonomiza do sistema bancário, e também entra na lógica de valorização de seu capital para além do crédito aos capitalistas” (SILVA, 2012, p. 216).

De acordo com Iamamoto (2011), a mundialização da economia está ancorada nos grupos industriais transnacionais, a partir de processos de fusões e aquisições de empresas, em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia:

Esses grupos assumem formas cada vez mais concentradas e centralizadas do capital industrial e se encontram no centro da acumulação. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão, sociedades financeiras de investimentos coletivos e fundos mútuos), que passam a comandar o conjunto da acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo, com o suporte dos Estados Nacionais. (IAMAMOTO, 2011, p. 108).

Para Duriguetto e Montañó (2011), no atual contexto de mundialização da economia, estes grupos industriais transnacionais, articulados às instituições financeiras, passam a exercer o comando da acumulação. Constituem um bloco imperial formado pelos Estados-nação mundialmente hegemônicos; por entidades intergovernamentais e privadas, que controlam o fluxo mundial de capital (Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, Clube de Paris, Banco Interamericano de Desenvolvimento); e pelas grandes corporações em nível mundial e empresas monopolistas transnacionais.

O processo de mundialização se evidenciou melhor a partir do início dos anos 1970, mais precisamente em 1971, quando, por iniciativa unilateral dos EUA, foi rompido o acordo de *Bretton Woods*²⁰. Este acordo teve como objetivo criar um sistema monetário internacional

¹⁹ De acordo com Chesnais (1996), “a expressão ‘mundialização do capital’ é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês ‘globalização’, que traduz a capacidade estratégica de todo o grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta ‘globais’”. (CHESNAIS, 1996, p. 17).

²⁰ Conforme Borón, (2012, p. 91), em 1944, diante da iminência de uma segura vitória militar, os aliados convocaram (na realidade, obedecendo a uma forte pressão norte-americana) uma conferência monetária e financeira para estabelecer as orientações do “liberalismo global” que haveria de prevalecer na emergente ordem mundial do pós-guerra. A reunião teve lugar em Bretton Woods, com a elaboração das novas regras do jogo que deviam reger o funcionamento da reconstituída economia mundial e a criação das instituições encarregadas de assegurar sua vigência. A premissa subjacente era que o protecionismo comercial havia sido o grande culpado das tragédias ocorridas nos convulsionados trinta anos que se

que pudesse superar a crise monetária e financeira vivenciada durante a Segunda Guerra. No contexto de profundas mudanças dos anos 1970, em que o crescimento da economia japonesa era superior ao da economia americana, países como Alemanha, França e Itália eram reconstruídos, e imperavam as corporações multinacionais e os mercados financeiros mediante suas especulações e investimentos intercontinentais, as bases do acordo de *Bretton Woods* foram erodidas²¹.

De acordo com Iamamoto (2011), a ruptura unilateral desse acordo, por parte dos EUA, foi deflagrada pela explosão da dívida externa e do crescente déficit da balança de pagamentos. A emissão de dólares para o financiamento da Guerra do Vietnã gerou o esvaziamento das reservas norte-americanas. Essa situação foi agravada, ainda, pela crise do petróleo em 1973. A saída encontrada pelo governo americano foi a criação de instrumentos de liquidez para financiar a dívida, “[...] dando origem à economia do endividamento, com o reforço do dólar em relação a outras moedas, passando a alimentar os euromercados e os mercados financeiros” (*Ibid.*, p. 116).

As taxas de câmbio flutuante possibilitaram que um pequeno número dos maiores operadores privados passasse a dispor de um papel decisivo na determinação dos preços relativos das moedas nacionais ou das taxas de câmbio. Estes credores fixaram planos de escalonamento da dívida estatal com exigências de privatizações e venda de empresas públicas, convertendo títulos da dívida em títulos de propriedade, como forma de garantir o pagamento da dívida. O controle sobre os fluxos de capitais resultou na abertura de mercados e na venda de títulos públicos. A mobilidade permanente dos capitais em busca de novos nichos de mercados para maiores rendimentos expôs as economias nacionais aos impactos da especulação financeira²².

Assim, como afirma Iamamoto (2011), a primeira etapa de liberalização e desregulamentação dos mercados financeiros aconteceu entre 1982 e 1994, tendo a dívida pública então um papel substancial.

O poder das finanças foi construído com o endividamento dos governos, com investimentos financeiros nos títulos emitidos pelo Tesouro, criando-se a *indústria da dívida*. A dívida pública foi e é o mecanismo de criação de crédito; e os serviços da dívida, o maior canal de transferência de receitas em benefício dos rentistas. (*Ibid.*, p. 117).

seguiram à eclosão da Primeira Guerra Mundial. A conferência teve como resultado a criação do GAAT – General Agreement on Trade and Tariffs e as instituições gêmeas que nasceram das deliberações de Bretton Woods: o Banco Mundial em 1945 e o Fundo Monetário Internacional, um ano depois.

²¹Cf. Iamamoto, 2011.

²²Cf. Iamamoto, 2011.

O processo de monopolização do capital gera uma ampla concentração e centralização interbancária, visto que os pequenos bancos são absorvidos pelos grandes, subordinados a um centro único, que funciona como um capitalista coletivo, reunindo capitalistas antes dispersos. “Sob a forma de um mercado ‘por atacado’, passa a realizar empréstimos conjuntos aos países ‘em desenvolvimento’” (IAMAMOTO, 2011, p. 117). Assim,

O sistema bancário mantém sua função de converter o capital monetário inativo em ativo, isto é, em capital que rende lucro [...] O capital bancário concentrado e centralizado passa a subordinar as operações comerciais e industriais de toda a sociedade. (SILVA, 2012, p. 100-101).

Conforme Silva (2012), a gestão desses monopólios converte-se em dominação da oligarquia financeira, que busca cada vez mais obter vultosos lucros por meio de empréstimos estatais e da especulação com terras, dentre outros mecanismos. “Desdobra-se na monopolização da renda da terra pelo monopólio bancário e industrial, espalhando-se para todas as dimensões da vida social, independentemente dos *regimes políticos*” (SILVA, 2012, p. 101, grifo da autora).

Conforme Chesnais (1996), a esfera financeira se apresenta como o posto mais avançado da mundialização do capital. Diante deste contexto de ampliação da esfera financeira, a relação entre esta e a esfera produtiva se expressa sob novas formas. Segundo o referido autor, embora os capitais financeiros tenham nascido e continuem nascendo da esfera produtiva, a esfera financeira tem comandado, cada vez mais, a repartição e a destinação social da riqueza. A esfera financeira por si só não cria nada; ela “[...] representa a arena onde se joga um jogo de soma zero: o que alguém ganha dentro do circuito fechado do sistema financeiro, outro perde” (*Ibid.*, p. 241).

Diante deste processo de financeirização, coloca-se uma relação ilusória: é como se dinheiro produzisse dinheiro, valorizando-se por si mesmo, sem que haja mediações (produção) entre os dois extremos, obscurecendo suas verdadeiras origens. A respeito deste processo, Iamamoto (2011) explica que esta relação aparece como uma forma fetichizada²³; para ela, “[...] o fetichismo das finanças só é operante se existe produção de riquezas, ainda que as finanças minem seus alicerces ao absorverem parte substancial do valor produzido” (*Ibid.*, p. 109).

²³ Segundo Marx (1985), o fetichismo são relações reificadas entre pessoas, mediatizadas por coisas. O resultado é a aparência de uma relação direta entre as coisas, e não entre as pessoas. Assim, afirma o autor: “não é mais nada que determinada relação social entre os próprios homens que para eles aqui assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (p. 71).

O discurso da ‘economia de cassino’ é prisioneiro do fetiche das finanças, como se fosse possível frutificar uma massa de rendimentos independentes da produção direta. O fetichismo dos mercados financeiros, que apresenta as finanças como potências autônomas diante das sociedades nacionais, esconde o funcionamento e a dominação operada pelo capital transnacional e pelos investidores financeiros. Estes atuam mediante o efetivo respaldo dos Estados nacionais, sob a orientação dos organismos internacionais, porta-vozes do grande capital financeiro e das grandes potências internacionais. (IAMAMOTO, 2011, p. 108-109).

Conforme essa autora, este caráter alienante da relação do capital, sua fetichização, alcança seu ápice no capital que rende juros. O capital-dinheiro aparece então numa relação consigo mesmo, “[...] como fonte independente de criação de valor, à margem do processo de produção, apagando o seu caráter antagônico ante o trabalho” (IAMAMOTO, 2011, p. 93):

A reificação do capital – sua manifestação como sujeito não-humano, coisificado na forma dinheiro, em que aparece numa relação consigo próprio, como motor de seu autocrescimento – ofusca os processos sociais reais mediadores de sua própria produção. Torna opaca sua própria natureza, tributária da coerção econômica ao trabalho excedente. (*Ibid.*, p. 100).

Para Iamamoto, “[...] o predomínio do capital-fetiche conduz à banalização do humano, à indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da *questão social* na era das finanças” (2011, p. 125). Nesse sentido, a autora aduz que a questão social é mais do que a expressão da pobreza, miséria e exclusão, pois anuncia a banalização do humano, o aprofundamento da alienação e a invisibilidade do trabalho social. Os pressupostos da liberalização e da desregulamentação impostas pelos mercados “[...] é que todos os campos da vida social, sem exceção, sejam submetidos à valorização do capital privado” (CHESNAIS, 1996, p. 25).

Iamamoto (2011) destaca um elemento importante entre a esfera financeira e a produtiva: a autonomia relativa da esfera financeira perante a esfera produtiva, “[...] uma vez que os capitais que aí se valorizam nascem na esfera produtiva sob a forma de lucros não reinvestidos na produção, de salários, de rendimentos, salários guardados nos fundos de aposentadoria” (p. 124). Estes, ao entrarem na esfera financeira, buscam maior rentabilidade. Ao passo que a rentabilidade obtida nos mercados financeiros poderia ampliar o parque produtivo, todavia paralisa a economia e penaliza o conjunto da população para o qual é transferido o ônus desses processos.

Salama (2012) tece algumas considerações sobre o processo de financeirização das empresas:

Estas vêm ganhando muito mais dinheiro no setor financeiro do que no setor produtivo. Dados os elevados rendimentos desse setor, não convém às empresas investir seu capital no setor produtivo. Este se tornou obsoleto e limitado para a extração suficiente da mais-valia. Consequentemente, a necessidade de investir mais no setor financeiro leva à diminuição dos salários, já que a mais-valia não pode se originar no aumento da produtividade. A solução liberal da redução de salários acelera a inflação, já que, como ocorreu nos países do Terceiro Mundo, em vez de se dirigir para o setor produtivo, essa massa de dinheiro é desviada para o setor financeiro, intensificando a espiral inflacionária. (SALAMA, 2012, p. 179).

Todavia, é preciso ressaltar que esse processo de desregulamentação da movimentação financeira é impensável sem a intervenção do Estado. Iamamoto (2011) observa que a necessidade deste se faz presente para estabilizar a anarquia do mercado e contribuir para a superação das crises dos sistemas financeiros e das empresas, através de recursos oriundos das mais diversas fontes, e em especial dos contribuintes, inclusive os de baixa renda. “Assim, o Estado continua forte; o que muda é a direção socioeconômica da atividade e da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar a favor do grande capital financeiro” (IAMAMOTO, 2011, p. 123). E acrescenta:

Essa dominação é impensável sem a intervenção política e o apoio efetivo dos Estados nacionais, pois só na vulgata neoliberal o Estado é externo aos ‘mercados’. O triunfo dos mercados é inconcebível sem a ativa intervenção das instâncias políticas dos Estados nacionais, no lastro dos tratados internacionais como o *Consenso de Washington*, o *Tratado de Marrakech*, que cria Organização Mundial do Comércio (OMC), o Acordo do Livre Comércio Americano (ALCA), e o *Tratado de Maastricht*, que cria a “unificação” europeia. Isto é, estabelece-se o quadro jurídico e político da liberalização e da privatização, pelos agentes financeiros, do conjunto dos países da União Europeia. (*Ibid.*, p. 123, grifo do autor).

O Estado tem papel fundamental na expansão das empresas multinacionais, visto que é requisitado a interferir na gestão da crise e na competição intercapitalista. É também peça-chave na conquista de mercados externos e na proteção dos mercados locais. Estratégico no estabelecimento de pactos comerciais, nos acordos de investimentos, na proteção à produção do seu território mediante barreiras alfandegárias, principalmente nos países de capitalismo central, na pesquisa e no desenvolvimento de novas tecnologias para subsidiar os interesses empresarias, nos meios de comunicação de massa e na expansão do poder político das entidades internacionais²⁴.

Os recursos financeiros arrecadados pelo Estado são apropriados pelas finanças, por meio da dívida pública. As necessidades das grandes maiorias são sacrificadas em detrimento

²⁴Cf. Iamamoto, 2011.

das necessidades do mercado financeiro; o fundo público é assim canalizado para alimentar a esfera financeira.

Tem-se aí o significado dos *programas de ajustamento estrutural* contra o desenvolvimento, imposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial aos países devedores. [...] Visam abrir as economias dos países, priorizando as exportações, apoiados na ‘abordagem monetária da balança de pagamentos’, que preconiza aos países endividados não se protegerem, não estimularem a emissão das moedas, não controlarem a saída de capitais. Impõem a redução da massa salarial pública e da despesa pública, afetando os programas sociais, a eliminação de empresas públicas não rentáveis, exacerbando as desigualdades de rendimentos e o aumento da pobreza. (IAMAMOTO, 2011, p. 118, grifos da autora).

A referida autora recorre à análise marxiana sobre o papel que exerce o Estado nesse modo de produção: criar as condições gerais para viabilização da produção e controlar as ameaças dos grupos dominados ou até mesmo de frações da classe dominante, por meio dos seus aparelhos repressivos (exército, sistema penitenciário, jurídico) e da difusão de sua ideologia (educação, cultura, meios de comunicação etc.). “A hipertrofia do Estado propicia maior controle sobre os rendimentos sociais, o que amplia os interesses dos grupos de capitalistas em interferir nas decisões do Estado” (IAMAMOTO, 2011, p. 121).

[os Estados] promoveram o *agrobusiness* às expensas dos agricultores e viabilizaram o incremento de subsídios às exportações. Impuseram a redução dos gastos sociais e implantaram uma política previdenciária e trabalhista regressiva, com nítido compromisso com os interesses do grande capital. Todas estas e outras medidas constitutivas das políticas neoliberais exigem um Estado forte, capaz de resistir à oposição das maiorias. (IAMAMOTO, 2011, p. 122-123, grifo do autor).

Assim, os Estados, sob o comando do capital financeiro, promovem a privatização de suas empresas estratégicas e lucrativas, assim como a privatização e a mercantilização das políticas sociais, a fim de atender aos ditames do capital financeirizado.

2.3.3 Dívida pública e políticas sociais no contexto de expansão da esfera financeira

A dívida pública tem papel central nesse processo de mundialização comandado pela esfera financeira; está se convertendo em fonte de poder dos fundos de investimentos, assoberbando o capital fictício. “[...] O aumento da dívida pública combina com a desigual distribuição de renda e a menor tributação das altas rendas, por razões de ordem política, fazendo com que a maior carga tributária recaia sobre os trabalhadores” (IAMAMOTO, 2011, p. 112-113).

Tatiana Brettas (2013) numa análise sobre a importância da dívida pública resgata a partir de Marx como se deu as suas origens. Segundo a autora, com base em Marx, o sistema de crédito público tem suas origens ainda na Idade Média, nas cidades de Gênova e Veneza, tendo se espalhado pela Europa no período manufatureiro. Contribuindo para dar origem ao capitalismo industrial. Sendo na Holanda o primeiro lugar onde se originou o regime da dívida pública e acrescenta Marx: “[...] a dívida do Estado, isto é, a alienação do Estado – se despótico, constitucional ou republicano – imprime sua marca sobre a era capitalista” ([1867]; 1988b, p. 278 *apud* BRETTAS, 2013, p.34).

Ainda segundo a autora, a dívida pública já demonstrava sua importância ainda no período de consolidação do capitalismo, devido ao seu misterioso caráter de funcionar como processo de alavancagem de acumulação. “Assim, a dívida pública vai aos poucos transformando-se em instrumento de uma “fada madrinha da acumulação” dotando o dinheiro de capacidade criadora como se fosse uma ‘varinha de condão’” (BRETTAS, 2013, p.35).

Não nos parece desnecessário ressaltar que o alvo mais recorrente do aumento dos impostos incida sobre o consumo dos bens de subsistência, fato que vai garantindo uma certa tendência a existência de uma marca regressiva no sistema tributário de uma maneira geral. Em outras palavras, recai para a classe trabalhadora o ônus de alimentar este processo de endividamento, na medida em que se define uma estrutura tributária pautada na tributação indireta. Assim, Marx afirma que “a supertributação não é um incidente, porém muito mais um princípio” ([1867] 1988b, p. 279) e uma maneira de transferir recursos dos trabalhadores para os capitalistas (*Ibid.*, p.37).

Ou seja, parte fundamental da receita tributária recai sobre o trabalho necessário (salário) e sobre o trabalho excedente (mais-valia), sendo desse modo gerada pelo trabalho. Com isso o conhecido fundo público administrado pelo Estado é composto por essa forma de tributação, ancorada na expropriação do trabalho.

Brettas (2013) destaca a importância que o sistema da dívida pública tem na contribuição para a consolidação do capitalismo ao estimular a aceleração do seu processo de acumulação, desde o final século 20 tem alimentado, cada vez mais, um processo de reprodução ampliada de base financeiro-especulativa via capital fictício.

Para Brettas a crise também intensificou o processo de financeirização do capital. Ela dar como exemplo o surgimento do euromercado como marco desse processo na busca de rentabilidade financeira, impondo tendências decrescente da taxa de juros, o que por sua vez levou os Estados Unidos a romper com o padrão dólar-ouro, aumentando as taxas de juros tornando-se novamente território atrativo para especulação financeira e fluxos de capitais em massa. “Esta decisão, “quebrou” o euromercado e permitiu que os EUA retomassem as rédeas

do processo e recobrassem as condições para impor seu padrão ao resto do mundo” (BRETTAS, 2013, p.39).

Conforme Gomes (2005) a crise do euromercado de moedas levou ao crescimento dos empréstimos multilaterais, junto ao FMI e ao Banco Mundial. Para contornar a crise do euromercado esses organismos multilaterais estabeleceram políticas de ajustes estruturais visando assegurar o combate à inflação nos países subdesenvolvidos. Ainda segundo o autor, “[...] os Estados Unidos, através do FMI, ao recomendarem taxas de juros mais altas aos países subdesenvolvidos, repassaram para a periferia a responsabilidade de fornecer crescente remuneração ao capital financeiro” (GOMES, 2005, p.31). Propiciando assim as condições necessárias para fazer com que os países subdesenvolvidos se comprometessem com o pagamento das dívidas externas e internas, além da exportação da sua produção excedente para ser consumida por esses países através da abertura comercial realizado por governos neoliberais, que seguiam a cartilha do FMI.

Nessa intensificação do sistema financeiro na busca por valorização de capitais é interessante ressaltar o entendimento de Marx sobre o valor. Tendo em vista que só o trabalho humano é capaz de produzir mais-valia. Assim, Marx argumenta:

Se compararmos o processo de formação de valor com o processo de valorização, vemos que o processo de valorização não é nada mais que um processo de formação de valor prolongado até depois de certo ponto. Se este apenas dura até o ponto em que o valor da força de trabalho é substituído por um novo equivalente, então é um processo simples de formação de valor. Se ultrapassa esse ponto, torna-se processo de valorização ([1867]; 1988a, p. 154 *apud* BRETTAS, 2013, p.39).

Todavia, o sistema de crédito adquire desdobramentos importantes no circuito de valorização do capital, um deles que Marx chama a atenção é na aceleração das fases de circulação, de modo que a realização da mais-valia também se acelera e consequentemente mais rápido o capitalista terá seu lucro. “São esses, em linhas gerais, os fatores que impulsionam o grande capital a encurtar os estágios da produção” (BRETTAS, 2013, p. 41).

Nesse processo de fazer o capital monetário ocioso se valorizar, as instituições financeiras, de modo geral, contribuem para direcioná-lo para a atividade produtiva. Tendo em vista que “enquanto permanece na configuração monetária, não funciona como capital e, portanto, não se valoriza; o capital permanece em alqueive” (MARX, [1885]; 1988, p. 52 *apud* BRETTAS, 2013, p. 42).

Em síntese, como dito anteriormente, o capital monetário para se valorizar precisa ser investido na esfera produtiva para produzir mais-valia. “O que estamos querendo dizer é que o

sistema de crédito, uma vez consolidado, possui, no processo de reprodução do capital, diversos desdobramentos. Um deles já foi mencionado, é a redução dos custos de circulação” (BRETTAS, 2013, p. 42).

Ainda sobre esse aspecto a preocupação dos capitalistas financeiros é encurtar as etapas da produção, pelos motivos já mencionados anteriormente, este encurtamento contribui para atrair “[...] um número de adeptos à especulação financeira na Bolsa de Valores e, desse modo a intensificar a autonomia relativa das finanças” (*Ibid.*, p. 43).

Conforme a autora com o avanço do processo de financeirização, algumas contradições aparecem de forma mais latente.

A questão que se coloca é que, tendo em vista a busca pela obtenção de D’ – ou seja, de mais dinheiro, no mais curto período de tempo possível – esse processo teria como base de constituição a suposta eliminação do próprio processo de produção, encurtando o ciclo de forma a termos, aparentemente, apenas D-D’. Ou seja, a geração de mais dinheiro, como se ele não passasse pelo processo de produção distribuição - consumo de mercadorias. Do ponto de vista da obtenção do retorno para o capital, esse caminho é perfeitamente compreensível, tendo em vista que “o processo de produção aparece apenas como elo inevitável, como mal necessário, tendo em vista fazer dinheiro” (MARX, [1885]1988, p. 42). O que interessa para o capitalista é obter D’, de modo que, o **melhor caminho** a ser seguido para atingir esse objetivo é sempre o **menor caminho** (BRETTAS, 2013, p.44, grifo do autor).

Brettas (2013) chama atenção para as ilusões que o capital portador de juros promove como a de fazer parecer que o dinheiro se reproduz sozinho ou ainda que todo rendimento monetário é proveniente de um capital. Quando na verdade os recursos são advindos das receitas da União, “[...] ou seja, de impostos pagos pelos contribuintes, em especial a classe trabalhadora. Mais que isso, a distorção chega ao ponto de fazer parecer que o acúmulo de dívidas representa um acúmulo de capital” (*Ibid.*, p. 48).

A remuneração dos papéis indica deslocamento de recursos do processo de acumulação real para a órbita financeira. Nos tempos de Marx isto significava passagem de riqueza das mãos do capitalista industrial para o capitalista monetário, o banqueiro. Este, ao funcionar como intermediário entre mutuários e prestamistas privados, tinha sob seu controle praticamente todo o sistema de crédito. Além disso, “esses sujeitos possuem o capital e a receita sempre em forma monetária ou em direitos diretos sobre dinheiro” (MARX, [1894] 1988e, p.13), deste modo, eles embolsam boa parte da riqueza real, fruto da acumulação real (BRETTAS, 2013, p.48).

Não existe um deslocamento absoluto entre a esfera financeira e produtiva, tendo em vista que é na esfera da produção onde a riqueza é gerada, por meio da exploração do trabalho alheio. “O que existe é uma articulação em que, mesmo sendo possível encontrar vultosas

margens de lucratividade por meio de aplicações financeiras, persiste a dependência do valor gerado na esfera da produção para que esta rentabilidade se efetive” (*Ibid.*, p. 49).

Conforme Silva (2012), o capital portador de juros, ao estender sua lógica para o Estado através da emissão de títulos da dívida pública, apropria-se de parte do trabalho excedente constituído em forma de políticas sociais; também, mediante a abertura de créditos, insere a classe trabalhadora no circuito das finanças à custa do seu endividamento e por meio dos fundos de pensão que operam com os rendimentos da classe trabalhadora, para a capitalização no mercado financeiro (SILVA, 2012, p. 216).

O capital financeiro tem ainda avançado sobre o fundo público, através de tributações regressivas com tributos menores sobre os altos rendimentos; o ônus da dívida pública tem recaído sobre os trabalhadores, com o pagamento de alta tributação, seja direta ou indireta. Segundo Salvador (2007), o fundo público está presente no processo de produção e reprodução do capital, como

[...] fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desoneração tributária, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção que viabilizam [...] a reprodução do capital; 2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor; 3. Por meio das funções diretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para empresas; 4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas. (SALVADOR, 2007, p. 91).

Iamamoto esclarece que o processo de financeirização se apoia em dois aspectos: “[...] as dívidas públicas e o mercado acionário das empresas – só sobrevivem com decisão dos Estados e o suporte das políticas fiscais e monetárias” (2011, p. 123-124). Esses aspectos têm provocado, segundo a autora, um duplo processo de redução do padrão de vida do conjunto da sociedade: por um lado, através do impulso dos Estados e de sua privatização, o desmonte das políticas públicas e a mercantilização dos serviços, completando o quadro com a flexibilização da legislação trabalhista; por outro, o mercado acionário das empresas vem impondo a redução de custos empresariais para salvaguardar as taxas de lucratividade, mediante a reestruturação produtiva centrada fundamentalmente na redução dos custos com a força de trabalho e a elevação das taxas de exploração daqueles que ainda conseguem se manter no mercado. Nesse

processo se tem a *desindustrialização*, com o fechamento de empresas que não conseguem manter-se na concorrência após a abertura comercial, contribuindo para a diminuição dos postos de trabalho e o desemprego²⁵.

Tonelo (2019) aponta que após a crise de 1970 o capitalismo entra em fase decadente, com um processo de hiperfinanceirização,

[...] (com o capital financeiro como senhor da arquitetura internacional da produção capitalista), uma mudança global nas políticas monetárias e fiscais com peso dos governos em descarregar a crise dos 1970 nos trabalhadores e aumentar a concentração de renda nas elites, conjuntamente a desenvolver as formas mais brutais da exploração do ponto de vista da mais-valia relativa (as distintas novas formas, com o mais avançado da tecnologia e dos métodos de administração capitalista), com a hiperexplosão de monopólios dominando todos os cantos do planeta e aprofundando formas de exploração da mais-valia absoluta, com degradação completa das condições de trabalho (TONELO, 2019, p. 111-112).

Ainda de acordo com Tonelo (2019) as respostas a crise dos anos 1970 continuou expressando as contradições do capitalismo. Na realidade, segundo o autor, a resolução da crise foi postergá-la, tendo o processo de financeirização da economia como alicerce, a partir dos anos 1980 esse processo foi intensificado, demonstrando porém o desencontro entre as taxas de acumulação e a taxas de acumulação. “Ou seja, em termos mais simples, o capital *hiperexplora*, mas não consegue investir, o que leva um montante de capital ao setor financeiro e promove as inevitáveis bolhas”. (*Ibid.*, p. 104-105).

Assim no capitalismo contemporâneo, a expansão da esfera financeira recoloca a política social em novos patamares e em perspectivas diferentes do período conhecido como “anos de ouro”, caracterizado pelo Estado de Bem-Estar Social nos países de capitalismo central. Destarte, conforme a autora, “[...] a política social contemporânea tem sido alvo de sucessivos ataques em tempos de crise do capital, desde a década de 1970, e os mecanismos usados são as contrarreformas” (SILVA, 2012, p. 217):

A supremacia do capital-fetice atinge todos os âmbitos da vida social e a sede de lucratividade dessa forma de capital se espalha para além dos investimentos privados. As políticas sociais, em especial a Seguridade Social, se tornam alvo de investimento do capital financeiro, na tentativa de solucionar o fenômeno da superacumulação. Esta empurra para a privatização (direta e indireta) alguns setores de utilidade pública como campo de inversão do lucro em serviços de saúde, de educação e de previdência (BEHRING, 2008a *apud* SILVA, 2012, p. 218).

²⁵Cf. Iamamoto, 2011.

Ainda no que concerne às políticas sociais, especialmente às políticas de saúde, Soares, R. (2009) elucida que estas “tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização²⁶ e relevante fonte de maximização do capital.” Para a autora:

As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros. (SOARES R., 2010, p. 41-42).

Para além da desregulamentação dos mercados, o ajuste vem impondo a redução do déficit fiscal do Estado por meio da diminuição dos gastos sociais, orientando-se por uma política de privatização dos direitos sociais; o espaço internacional é pré-requisito para a obtenção de empréstimos. A orientação para as políticas sociais é a focalização das *ações*, com estímulo a fundos sociais de emergência e apelo “[...] à mobilização da ‘solidariedade’ individual e voluntária, bem como das organizações filantrópicas e organizações não governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil” (BEHRING, 2008a, p. 65).

A chamada crise fiscal do Estado passa a ser o argumento para a defesa das ideias neoliberais de corte de gastos sociais; estas ocultam as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender em maior escala às demandas do grande capital. “É evidente a reorientação do fundo público para as demandas do empresariado, combinada à queda da receita engendrada pelo ciclo depressivo e à diminuição da taxa sobre o capital, o que alimenta a crise fiscal” (BEHRING, 2008a, p. 62-63). É fundamental lembrar que a ocorrência da crise fiscal (receitas menores que despesas) se deve em grande parte aos gastos com o serviço da dívida pública, dos gastos militares e dos estados para tentar contornar cada etapa nova da crise capitalistas.

Conforme O’Connor (1977) a causa básica da crise fiscal reside na própria contradição da produção capitalista, onde a produção é social, mas os meios de produção são de propriedade privada. O desenvolvimento do capitalismo monopolista socializa cada vez mais os custos da produção, sem, entretanto, socializar os lucros.

²⁶Segundo Silva, o termo mandeliano supercapitalização consiste na tendência à industrialização da esfera da reprodução como forma de valorizar o capital superacumulado, que insere todas as esferas da vida social nas relações tipicamente capitalistas. Daí decorre a mercantilização das políticas sociais. (SILVA, 2012, p. 201).

O autor aponta que a partir do final dos anos de 1960 a crise fiscal e social aparece de forma gritante.

As economias capitalistas adiantadas tiveram dificuldade para combinar uma crescente capacidade excedente e uma base tributária estática [...]. Entre 1970 e 1971 o governo federal experimentou todas as armas do arsenal da política nacional numa tentativa desesperada de amenizar a crise - por exemplo: reforma monetária internacional, recessão administrada, controles de preços e salários (O'CONNOR, 1977, p. 52).

Segundo O'Connor o capital, geralmente, opõe-se a atividades estatais que possa concorrer com as suas, para que a fórmula anteriormente citada - socialização de custos do capital socializados e o asseguramento dos lucros pelo Estado. “Assim, defende o seguro nacional de saúde, mas não a medicina socializada; favorece os programas federais rodoviários, mas não as empresas construtoras do próprio Estado” (O'CONNOR, 1977, p. 53).

Ainda sobre a crise fiscal, o autor explicita que quanto mais os custos do capital são socializados, mais se elevam as despesas de caráter social e há uma elevação do custo salarial do setor público, o que não acompanha os índices de produtividade, o que gera dificuldade de financiamento para o Estado custear suas atividades (*Ibid.*).

Para o supracitado autor, com a crise há o declínio dos salários reais, o que leva a redução do padrão de vida dos trabalhadores. “Qualquer que seja a combinação de tributos e finanças inflacionárias, o efeito é a redução da taxa de expansão dos salários reais” (*Ibid.*, p. 54). Este declínio dos salários requer uma maior presença dos serviços estatais para a reprodução dos trabalhadores, o que gera um aumento das despesas públicas (O'CONNOR, 1977).

Segundo O'Connor (1977, p. 55) a “[...] crise fiscal está na raiz de uma crise social: os antagonismos político e econômico dividem não só o trabalho e o capital como, também, a classe trabalhadora em si”.

Mas, se os salários em dinheiro aumentam mais do que a produtividade o custo da mão-de-obra se eleva. Por sua vez, os empresários elevam seus preços para manter sua margem de lucro. “Portanto, num sentido restrito, a teoria *cost-push*²⁷ da inflação é certa: a erosão do padrão de vida pela inflação obriga os trabalhadores a exigirem maiores salários que, por sua vez, geram mais pressão inflacionária” (O'CONNOR, 1977, p. 56-57). Para o autor tais conflitos levam a processos inflacionários, numa correlação entre crise fiscal e social.

Diante desse processo o Estado pode intervir de três formas:

²⁷ Teoria ‘empurra – custos’ em tradução literal (O'CONNOR, 1977, p. 57).

A primeira é deflacionar a economia em geral, promovendo uma recessão gerenciada. A segunda é implantar e fortalecer os controles de preços e salários. E a terceira é cooperar com o capital monopolista no aumento da produtividade dos setores privados e estatal (para reduzir os custos e aliviar a crise fiscal no setor estatal) (*Ibid.*, p. 59).

Desse modo, o Estado ao aplicar a política fiscal e monetária, gera com isso o aumento do desempregado e subemprego, a redução da taxa de crescimento dos salários em dinheiro, causando com isso um maior número de pessoas a depender dos serviços públicos; fragiliza os sindicatos tanto do setor produtivo como do setor estatal, enfraquecendo o poder de barganha dos trabalhadores. A redução da demanda agregada causa uma capacidade produtiva ociosa. Outro efeito da política de recessão é que o próprio orçamento do Estado está relativamente debilitado frente a demanda sobre sua capacidade tributária (O'CONNOR, 1977).

Combinado com o processo de reestruturação produtiva e da mundialização do capital, o neoliberalismo surge como alternativa eficaz para orientar como o Estado deve atuar diante da crise posta, segundo seus princípios, como veremos na próxima seção.

3 NEOLIBERALISMO, FUNDO PÚBLICO E AS CONTRARREFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Esta seção tem por objetivo discutir como as contrarreformas do Estado impactaram na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde, especialmente durante o governo Temer e Bolsonaro. Também pretende-se discutir os rumos que essa política tem tomado, no que se refere principalmente ao financiamento, diante de tantos ataques como os processos de privatização e mercantilização, os quais visam desestruturá-la enquanto política pública, gratuita, universal e estatal.

A chamada crise fiscal do Estado passa a ser o argumento para a defesa das ideias neoliberais de corte de gastos sociais; estas ocultam as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender em maior escala às demandas do grande capital. É evidente a reorientação do fundo público para as demandas do empresariado, combinada à queda da receita engendrada pelo ciclo depressivo e à diminuição da taxa sobre o capital, o que alimenta a crise fiscal (BEHRING, 2008a, p. 62-63).

Diante do cenário de crise do capital e supostamente de crise fiscal do Estado, o receituário neoliberal apresenta-se como alternativa, no plano político e ideológico, mais efetiva a fim de dar as respostas ao capitalismo em crise. Com o ataque a intervenção estatal no âmbito dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários; além de sua atuação em setores da produção, o receituário neoliberal passa a ser implementado de modo a reordenar a atuação do Estado nesses setores, no sentido de manter e ampliar a atuação do mercado por dentro do Estado, como o que vem ocorrendo na política de saúde. Nesse sentido, esta seção se propõe a discorrer como a ideologia neoliberal passa a ser implementada como um dos elementos do conjunto de respostas a crise do capital pelo Estado.

No Brasil, a emergência do neoliberalismo ocorre de forma contraditória, tendo em vista as recentes conquistas sociais inscritas na Constituição de 1988, recuperando uma trajetória de negação de direitos, a medida que se instala processos de contrarreformas que vão de encontro ao conjunto de conquistas sociais recém obtidas na sociedade brasileira. Assim, para compreender a amplitude da temática, nesse item, será analisado como as contrarreformas do Estado, implementadas desde 1990 e que tiveram continuidade nos governos petistas, de Lula

da Silva e Dilma Rousseff, se aprofundaram durante o governo ilegítimo²⁸ de Michel Temer e atualmente no governo de Jair Bolsonaro. Na saúde, tais medidas vem se consolidando como um novo projeto de saúde em disputa com graves retrocessos do ponto de vista do projeto da reforma sanitária da saúde e consequentemente no Sistema Único de Saúde (SUS). Para entendimento desse processo é necessário abordar, ainda que brevemente, os antecedentes históricos que deram origem a esta política, os quais possibilitam também identificar antigos mecanismos na relação público *versus* privado que ora se reatualizaram e se fortalecem na disputa pelo fundo público da saúde.

Por fim, para compreendermos a disputa pelo fundo público na saúde e o papel do Estado, é preciso situar o debate sobre o fundo público, especialmente no cenário contemporâneo de crise do capital marcada pela presença do capital financeiro. Trazendo no debate do fundo público o mecanismo da dívida pública, forma que o capital financeiro tem se utilizado para se apropriar de parte fundo público, com a finalidade de se expandir e se retroalimentar. A disputa do fundo público apresenta diversas nuances, como o mecanismo da dívida pública, o qual tem impacto direto no financiamento das políticas sociais, especificando na política de saúde.

3.1 O neoliberalismo como ideologia ordenadora

A crise do capital trás com ela um elemento fundamental, o neoliberalismo, mesmo antes da crise eclodir a ideologia neoliberal já se movimentava e se organizava entre os círculos dos intelectuais da burguesia e tentava se impor como ideologia ordenadora, todavia não encontrava as condições necessárias para ocupar esse lugar.

Com a crise estrutural do capital, iniciada nos fins dos anos 1970, juntamente com o colapso do paradigma keynesiano-fordista de regulação econômica e social, assistiu-se ao triunfo da ofensiva neoliberal que, ao contrário do Estado social, advoga a individualização e mercantilização do bem-estar e dos direitos individuais em detrimento dos sociais. Vivencia-se, desde então, o esvaziamento do Estado Social, sem que as políticas sociais deixem de ser requeridas, mas, desta vez, com uma “forte guinada para a direita”, de filiação liberal-conservadora (PEREIRA-PEREIRA, 2011, p. 57 *apud* SANTOS, 2018, p. 58).

²⁸ Utilizamos o termo ilegítimo, por corroborada com diversos autores, a exemplo de Castelo que argumentam ter ocorrido um “golpe legislativo-midiático-judiciário” com o impeachment de Dilma Rousseff, por ter sido um processo que articulou esses diferentes aparelhos de hegemonia no sentido de viabilizar a recuperação econômica e política do capitalismo, a partir de um neoliberalismo mais radical conduzido pelo então vice-presidente Michel Temer.

Paulo Netto (2012) afirma que a crise global mostra a sua dramaticidade à medida que se “[...] expressa como possibilidade de regressão social – de que o denominado neoliberalismo é paradigmático” (p. 73). Ainda segundo Paulo Netto (2012), a vertente que atualmente configura a ofensiva neoliberal teve seus marcos iniciais nas obras de Hayek, *Caminho da servidão*²⁹, de 1944, e de Popper, *A sociedade e seus inimigos*, de 1945, e se adensou a partir dos anos 60 e 70.

Paulo Netto acrescenta que “[...] é especialmente no arco ideotéorico polarizado por Hayek e Friedman que a ofensiva neoliberal se apoia” (2012, p. 84). Argumenta que é neste arco que se acha concentrada a essência do neoliberalismo: “[...] uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (*Ibid.*, p. 84). Anderson tem o definido “[...] como um fenômeno distinto do simples liberalismo³⁰ clássico, do século passado” (2012, p. 9).

No sentido da acepção do termo neoliberalismo não se tem um consenso, mesmo quando se debate entre autores do pensamento social crítico, alguns dão mais ênfase ao aspecto político, enquanto outros priorizam sua análise no plano da ideologia. Brettas (2013) defende que apesar

²⁹Como afirma Netto, seu marco inicial foi o livro intitulado *O caminho da servidão*, publicado por Friedrich Hayek em 1944, que faz um contraponto ao partido trabalhista britânico, entendido como uma ameaça à liberdade e aos direitos individuais e políticos. Neste livro, Hayek tece também uma crítica às intervenções de um poder central e suas políticas sociais keynesianas, afirmando que a direção estatal sobre a esfera econômica conduziria a sociedade ao totalitarismo.

Durante o período em que as bases do Estado de Bem-Estar Social na Europa no pós-guerra estavam se consolidando, Hayek convoca aqueles que compartilhavam de sua orientação ideológica, como Milton Friedman, Karl Popper, Lionel Robbins, Ludwig Von Mises, Walter Eupken, entre outros, para uma reunião na pequena estação de Mont Pèlerin, na Suíça, o que ficou conhecido como a Sociedade de Mont Pèlerin, “uma espécie de franco-maçonaria neoliberal, altamente dedicada e organizada, com reuniões internacionais a cada dois anos” (ANDERSON, 2012, p. 10). O objetivo da sociedade era combater o keynesianismo e o solidarismo, para que se criassem as bases de um novo tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro. Todavia, as condições para que essa ideologia se expandisse não eram favoráveis; o capitalismo estava em sua fase de apogeu, conhecida como “idade de ouro”, pois, de acordo com Anderson, o crescimento do capitalismo durante as décadas de 50 e 60 foi o maior e mais rápido da história. Os argumentos dos membros da Sociedade de Mont Pèlerin iam contra a regulação estatal que estava sendo operada pelo Estado keynesiano; argumentavam ainda que a desigualdade era positiva e necessária às sociedades ocidentais.

³⁰Conforme Behring (2008), o liberalismo, alimentado pelas teses de David Ricardo e, sobretudo, de Adam Smith (2003), que formula a justificativa econômica para a necessária e incessante busca do interesse individual, introduz a tese que vai se cristalizar como fio condutor da ação do Estado liberal: cada indivíduo agindo em seu próprio interesse econômico, quando atua junto a uma coletividade de indivíduos, maximiza o bem-estar coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que assegura o bem-estar coletivo. É a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum. O predomínio do mercado como supremo regulador das relações sociais, contudo, só pode se realizar na condição de uma suposta ausência de intervenção estatal. (2008, p. 56).

dessas diferenças todos entendem ser o neoliberalismo a busca por restaurar o poder burguês ameaçado pela crise instaurada no final dos anos 1960 e início dos 1970, o que implica na adoção de medidas voltadas para retomar o aumento da taxa de lucro.

Brettas (2013) aponta que a medida que o neoliberalismo foi sendo implementado em diversas partes do globo, foram sentidas mudanças para além das medidas privatizantes e liberalizantes, como defende os neoliberais as saídas individuais foram priorizadas em detrimento das saídas coletivas, o enfrentamento fragmentado das expressões da questão social, de modo a escamotear suas raízes.

A busca por construções coletivas foi caracterizada como ultrapassada e utópica e as análises baseadas na totalidade, consideradas inviáveis, sendo difundido o recurso a um conhecimento parcial e efêmero, muitas vezes calcado no subjetivismo em oposição à objetividade dos fenômenos (BRETTAS, 2013, p.155).

Segundo o autor, o neoliberalismo nasceu logo após a II Guerra Mundial, quando começou a ganhar seu formato como ideologia, como uma resposta teórica e política ao Estado intervencionista e de bem-estar. Conforme analisa Paulo Netto (2012), o alvo principal do neoliberalismo é o Estado de Bem-Estar. Teoricamente, para os neoliberais, o keynesianismo “[...] é a besta-fera do neoliberalismo – aqui, a cruzada anti-Keynes pode ser adequadamente descrita como a contrarrevolução monetarista” (p. 85). No que se refere ao plano ideocultural, Netto salienta que o neoliberalismo se opõe abertamente à cultura democrática e igualitária da contemporaneidade. O mercado é apresentado como a instância mediadora societal elementar e insuperável.

De acordo com Paulo Netto (2012), a pragmática neoliberal não tinha atratividade político-ideológica diante do êxito do *Welfare State* e dos experimentos alternativos ao capitalismo. Entretanto, com a chegada da crise dos anos 1970, quando o mundo entra numa profunda recessão, com baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação, e o esgotamento do “socialismo real” e do “modelo soviético”, tal pragmática foi determinante para um revigoramento da ofensiva neoliberal (SANTOS, 2011).

Em sua síntese, Tonelo (2019, p.103) destaca que “[...] a resposta do capital à crise dos 1970, iniciada nos anos de 1980, que se consagrou chamar de *neoliberalismo*, esteve marcada por quatro grandes fatores [...]”, o primeiro seria o processo de *hiperfinanceirização* com a desregulamentação financeira, o endividamento das famílias e dos Estados, num jogo arriscado para o próprio capital; a segunda questão seria o *ajuste fiscal e monetário* imposto aos Estado, como forma de desregulamentação de serviços, políticas públicas, e do trabalho, achatando cada

vez mais a vida do trabalhador, que tem suas condições de vida e trabalho cada vez mais ameaçadas; o terceiro ponto seria o processo de *reestruturação produtiva*, com a mudança no modelo de produção com uma agudização da precarização das relações de trabalho, “ou seja, uma forma agressiva de retomar as taxas de lucro pela via das investidas contra o trabalho”; nessa perspectiva, diante desses fatores o autor compreende que o neoliberalismo representa uma “[...] forma *mais agressiva do imperialismo para submeter países dependentes pelas vias econômicas*, seja em experiências ditatoriais, como foi a política dos *Chicago Boys* no Chile sob a ditadura de Pinochet, seja nos governos da chamada transição democrática” (TONIOLO, 2019, p. 103, grifo do autor).

Para David Harvey:

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas (HARVEY, 2008, p. 8).

Ainda para o autor

Podemos, portanto, interpretar a neoliberalização seja como um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de reestabelecimento das condições da acumulação do capital e da restauração do poder das elites econômicas (*Ibid.*, p. 9).

De acordo com Tonello (2019) na verdade, antes mesmo de definir a prática, depois dos marcos teóricos dessa doutrina, o que existiu foi uma formalização política por meio de documentos que expressam as propostas políticas e programáticas do neoliberalismo: tal foi o *Consenso de Washington*, que se tornou quase um mantra da cartilha neoliberal. O conhecido economista keynesiano Joseph Stiglitz aponta que o plano original ficou a cargo do economista britânico John Williamson, que teria cunhado a expressão *Consenso de Washington* e apontado diretrizes gerais teóricas no texto “What Washington Means by Policy Reform”, de 1990. Mas a realidade é que mesmo o projeto de propostas econômicas e o que efetivamente se implementou foram distintos. Assim, diz Stiglitz:

Ao me referir ao Consenso de Washington, claramente me refiro à apresentação excessivamente simplificada das recomendações dos organismos financeiros internacionais e do Tesouro dos Estados Unidos, especialmente durante o período da década de oitenta e princípios da de

noventa, antes que se convertessem em objeto de depreciação tanto no Norte quanto no Sul, e não ao trabalho mais sutil de John Williamson, que foi quem realmente cunhou a denominação. Seja qual fosse seu conteúdo e intenção originais, ao redor do mundo e na mente da maioria das pessoas, **o termo passou a ser tomado como referência para as estratégias de desenvolvimento focadas nas privatizações, na liberalização e na macro estabilidade (principalmente a estabilidade de preços); um conjunto de políticas pregadas em base a uma grande fé (maior que o justificável) nos mercados livres de restrições e visando a reduzir, inclusive ao mínimo, o rol do governo** (STIGLITZ, 2004, tradução nossa *apud* TONELO, 2019, p.102, grifos nossos).

Desse modo o Consenso de Washington concretizou as bandeiras defendidas pelo neoliberalismo com foco nos processos de liberalização, privatizações sob argumento de conter a crise, utilizando os organismos financeiros multilaterais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, como os condutores para impor o receituário neoliberal, principalmente nos países subdesenvolvidos.

Nas palavras de Coutinho (2009):

De forma explícita, no ano de 1989, a burguesia mundial e os países imperialistas liderados pelos Estados Unidos impuseram às nações da periferia do capitalismo um receituário estampado no chamado Consenso de Washington que, dentre outras premissas, estabelecia a adoção de políticas fiscais rígidas, a privatização de funções estatais, a liberalização da economia, além de maior flexibilidade para a contratação de pessoas e serviços, sem a intervenção do Estado. (*Ibid.*, p. 51).

Conforme análise de Gérard Duménil e Dumenique Lévy, a globalização neoliberal se impôs desde os principais países capitalistas do centro até os países menos desenvolvidos da periferia do capitalismo, sobre estes últimos ao custo de severas crises, da corrupção, da subversão e da guerra. Os autores ressaltam também que tais medidas sempre se coadunam com a colaboração das elites locais e com a instalação de governos pró-imperialista. A ação de organismos multilaterais, como Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, entre outros, “[...] o objetivo dessa dominação é a extração de ‘excedentes’ pela imposição de preços baixos aos recursos naturais e investimentos no exterior, seja ele em bolsa ou o investimento externo direto” (DUMÉNIL; LÉVY, 2014, p. 19 *apud* TONIOLO, 2019, p. 111).

De acordo Lima a partir de uma análise de Harvey a partir da crise de 1970 o Estado tem viabilizado e operacionalizado diferentes caminhos para manter e agudizar a espoliação, seja através da abertura de novos territórios de acumulação, privatizações, como também tem potencializado o capital fictício com a dívida pública, ou ainda tem atuado “[...] como “facilitador” dos processos de financeirização da riqueza, utilizando-se do seu poder de monopólio da violência e a prerrogativa de formular leis” (LIMA, 2017, p. 44).

O neoliberalismo aprofunda desse modo as desigualdades sociais, impõe o mercado como o grande elemento a salvaguardar para isso precisa liberar as fronteiras para acumulação dos mercados, privatizar e expropriar.

Ativos de propriedade do Estado ou destinados ao uso partilhado da população em geral foram entregues ao mercado para que o capital sobreacumulado pudesse investir neles, valorizá-los e especular com eles. Novos campos de atividade lucrativa foram abertos e isso ajudou a sanar o problema da sobreacumulação, ao menos por algum tempo. Mas esse movimento, uma vez desencadeado, criou impressionantes pressões de descoberta de um número cada vez maior de arenas domésticas ou externas, em que se pudesse executar privatizações (HARVEY, 2004, p.130-131 *apud* LIMA, 2017, p. 44).

Outro aspecto de grande relevância nesse processo é a atuação do Estado, ainda que o neoliberalismo pregue ao não intervencionismo do Estado, é através do Estado que as medidas neoliberais ganham corpo e forma, através do seu conjunto de poderes (judiciário, legislativo e executivo) que se viabiliza privatizações de estatais, aprovação de legislações que retiram direitos sociais e trabalhistas ou ainda que se determina que o pagamento dos juros da dívida pública tem prioridade perante ao orçamento das políticas sociais.

3.2 Antecedentes históricos da saúde no Brasil e sua relação com o setor privado

Antes de propriamente discutirmos o período da contrarreforma do Estado brasileiro na política de saúde, nos anos 1990, é necessário retomarmos como se deu o processo de constituição da saúde pública brasileira, buscando identificar a relação público e privado nesse período.

Os estudos de autores como Bravo e Paim demonstram que os interesses do capital na saúde pública³¹ brasileira são anteriores ao período de efervescência da luta de classes do Movimento da Reforma Sanitária e da criação do SUS; na realidade, eles sempre estiveram presentes.

De acordo com os estudos de Bravo (2009), a intervenção estatal no Brasil só vai ocorrer no século XX, de modo mais preciso a partir da década de 30. No que se refere à saúde, as primeiras iniciativas ocorrem no século XVIII, através da assistência médica pautada em práticas liberais e filantrópicas. “No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a

³¹Para um maior aprofundamento da trajetória da saúde, tanto no âmbito internacional como no Brasil, vide Bravo (2013): *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*.

vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas” (BRAVO, 2009, p.02). A organização do movimento operário nos finais do século XIX colocava a saúde como pauta de suas reivindicações, algumas dessas demandas, segundo a autora, serão respondidas no início do século XX, mas só serão aprofundadas na década de 1930.

Desse modo, a década de 30, durante o governo de Getúlio Vargas, marca o surgimento das políticas sociais com vistas a dar resposta à questão social, no Brasil. Segundo Behring e Boschetti (2008b), diferentemente dos demais governos que enfrentavam a questão social tão só como uma questão de polícia, o governo Vargas soube combinar essa iniciativa com uma forte iniciativa política, ao regulamentar as relações de trabalho no país³². Tendo em vista buscar o consenso das classes sociais, impulsionou a construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais, porém mantendo as particularidades internas. Segundo Bravo (2009):

[...] a conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (p. 91).

Conforme a autora, a política de saúde foi dividida em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária, as quais estavam ligadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs³³, porém restritas aos que tinham acesso a estes. O papel central da saúde pública era criar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Entre as alternativas adotadas pela saúde pública estava a ênfase nas campanhas sanitárias e a coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de menor poder político e econômico, o que desde 1937³⁴ ficou a cargo do Departamento Nacional de Saúde. Assim

³²Conforme Behring & Boschetti (2008), com relação ao trabalho, o Brasil seguiu as referências de cobertura de riscos ocorridas nos países desenvolvidos, numa sequência que parte da regulação dos acidentes de trabalho, passa pelas aposentadorias e pensões, e segue com auxílios doença, maternidade, família e seguro-desemprego. Em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, e em 1932, a Carteira de Trabalho, a qual passa a ser o documento da cidadania no Brasil, pois só eram portadores de alguns direitos aqueles que dispunham de emprego registrado em carteira (*Ibid.*, p. 106).

³³De acordo com Behring & Boschetti (2008b), os IAPs ofereciam um conjunto de benefícios e serviços de acordo com a contribuição dos trabalhadores, dos empresários e do Estado, que não eram uniformes. Segundo Bravo (2000), possuíam uma orientação *contencionista* e estavam menos preocupados com a prestação de serviços que com a acumulação de reservas financeiras. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008b, p. 107).

³⁴Nesse período também foram criados os serviços de combate às endemias como a febre amarela e a

como a saúde pública, a medicina previdenciária teve início também na década de 30, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Segundo Paim (2009), a medicina previdenciária teve início com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)³⁵, que ganharam certa expansão a partir de 1930, durante o governo Vargas, quando foram substituídas por vários IAPs, fragmentando a classe trabalhadora assalariada urbana “[...] por inserção nos setores da atividade econômica: marítimos, bancários, comerciários, industriários e outros”. Agora transformados em autarquias, os institutos passam a ser geridos pelo Estado (COHN *et al*, 2015, p. 18). A direção dos IAPs contava com a participação dos trabalhadores, e tal iniciativa serviu como instrumento de cooptação de lideranças sindicais.

Ainda de acordo com Cohn *et al* (2015), os IAPS conviveram por décadas com a estrutura das CAPs remanescentes em várias empresas até 1966, quando todos os Institutos, com exceção do *Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado - Ipase*, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Quanto ao acesso, continuava-se tendo assistência médica da previdência social apenas aqueles que faziam parte do mercado formal de trabalho e contavam com carteira assinada. Os que não estivessem nessa condição tinham de pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento nas instituições filantrópicas³⁶.

Segundo Paim, “[...] o financiamento das atividades dos institutos dependia da sobra de recursos que não fossem gastos com os aposentados, viúvas e órfãos” (2009, p. 34). O governo incentivava o desenvolvimento e o fortalecimento do setor privado e filantrópico da saúde. Conforme Paim (2009), a prioridade dos dirigentes dos institutos era comprar serviços médico-hospitalares do setor privado, em vez de investir no próprio serviço. A privatização da saúde durante os governos militares foi incentivada e ampliada³⁷, agregada a um sistema de corrupção.

malária; em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste; e em 1940, o Serviço de Malária da Baixada Fluminense. Cabe salientar que o Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste foram financiados pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana. (Cf. Bravo, 2009).

³⁵Conforme Behring & Boschetti, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) foram criadas no ano de 1923. A lei Eloy Chaves instituiu a obrigatoriedade de criação de CAPs para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, como os ferroviários e marítimos. As CAPs constituíram as formas originárias da previdência social brasileira, junto com os IAPs.

³⁶Cf. Paim, p. 32.

³⁷Já segundo Escorel (2008 *apud* CARDIAL, 2013): “A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. Essa tendência de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, foi estabelecida para todos os ministérios, nas Constituições de 1967 e de 1969, bem como no Decreto-Lei 200/1967. O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. O credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontornável de corrupção: os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou faziam apenas aquelas que

Vejamos o que demonstra Paim (2009):

Não era só pela rima que a privatização associava-se à corrupção. Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, “cirurgias ginecológicas” em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas Unidades de Serviços (US). (p. 35).

De acordo com Cohn *et al.* (2015) o favorecimento do setor privado da assistência médica através da política previdenciária prevalece dessa forma explícita até os anos 1980. Durante esse período foi visível uma divisão do trabalho e da clientela entre os setores público e privado. Ainda de acordo com os autores, esse período é marcado pelo crescimento das empresas médicas, “conhecidas como medicina de grupo, dos hospitais privados (que tinham em grande parte a sua construção viabilizada com financiamento federal do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) criado em 1974), e das cooperativas médicas” (*Ibid.*, p. 21).

Durante o período da ditadura militar os governos militares buscaram se legitimar por meio da ampliação e da modernização das políticas sociais³⁸. Através da unificação, uniformização e centralização dos diversos institutos previdenciários, no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS³⁹, tendo como novidade a exclusão definitiva dos trabalhadores da gestão da previdência social do Instituto; restando a este apenas o papel de financiador (SANTOS, 2014).

Conforme Bravo, na área da saúde impôs-se uma forte medicalização, com ênfase ao atendimento individual, curativo e especializado em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares,

eram mais bem remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal. Outra modalidade sustentada pela previdência social foi a dos convênios com empresas, a medicina de grupo. Nesses convênios, a empresa assumia a assistência médica aos seus empregados e deixava de contribuir ao INPS. Os serviços eram prestados por empresa médica (medicina de grupo) contratada, que recebia um valor fixo por trabalhador, a cada mês. Dessa forma, quanto menos atendesse, maior seria o seu lucro. Entretanto, os casos mais complexos ou que exigissem mais tempo de internação continuavam a ser atendidos pela previdência social. Com os baixos orçamentos que recebia o MS (menos de 2% do PIB), a saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação se restringia a campanhas de baixa eficácia. O MS propôs, em 1968, o Plano Nacional de Saúde, que pretendia vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando ao Estado o papel de financiar os serviços privados, que seriam também parcialmente custeados pelos pacientes. Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social”.

³⁸Cf. BEHRING; BOSCHETTI, 2008.

³⁹Segundo Behring & Boschetti (2008), os trabalhadores rurais puderam ter acesso à previdência por meio da criação do Funrural, o qual teve um caráter mais redistributivo, já que não se fundava na contribuição dos trabalhadores, mas numa pequena taxação dos produtores, apesar de seu caráter irrisório – valor de meio salário mínimo (1971). A cobertura previdenciária também alcançou as empregadas domésticas (1972), os jogadores de futebol, os autônomos (1973) e os ambulantes (1978).

visando à lucratividade (BRAVO, 1996, 2000 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2008b, p. 137).

Em meados dos anos de 1970, período de contestação da política antidemocrática da ditadura militar, surge o Movimento da Reforma Sanitária⁴⁰ brasileira, referenciado na reforma sanitária italiana. Conforme Bravo (2009), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Medicina Preventiva e Saúde Pública iniciaram os debates na academia. Tais discussões, entretanto, não se restringiram ao espaço da academia, estes passaram a ganhar outra dimensão com a participação de entidades representativas da população, congregando movimentos populares e partidos políticos, com destaque para os militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), profissionais de saúde, intelectuais e pesquisadores da área. O movimento “[...] defendia a democratização do Estado e uma ampla reforma na política de saúde baseada nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação” (CORREIA, 2005, p. 155).

Aqui, partindo do setor da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária contestava o cerceamento dos direitos civis e políticos, imposto pela ditadura militar, como também a política de saúde excludente. Esta se caracterizava pelo privilégio do setor privado da saúde e pelo fortalecimento do projeto privatista na área, contrariando as ações e medidas adotadas no regime militar. Conforme Behring e Boschetti (2008b, p. 137), “[...] a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar”.

Ainda nesse sentido, Medeiros (2005) explicita que o papel do Movimento Sanitário foi o de se tornar “[...] construtor de um pensamento contra-hegemônico, fundado no conceito de determinação social do processo da saúde e na crítica à perversidade do sistema implantado, de mercantilização da medicina [...]” (*Ibid.*, p. 3).

O Movimento da Reforma Sanitária surge como uma contestação ao regime, em meio ao clamor da sociedade pelo processo de democratização do país, tendo como bandeira o reconhecimento da saúde a partir de um conceito mais amplo⁴¹, em que fossem considerados

⁴⁰ “No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de ‘partido sanitário’. Apesar disso, o grupo não se constituía como partido; sua mobilização era mais ampla, sendo considerada uma ação social. Em uma dissertação de mestrado orientada por Sergio Arouca em 1986, *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, a atuação desse grupo foi chamada pela primeira vez de movimento sanitário. Surgiram, também, outras denominações, como ‘movimento pela reforma sanitária’ e ‘movimento da reforma sanitária’.” (LINS; GUIMARÃES, 2016, p. 1)

⁴¹Essa nova forma de pensar da saúde foi influenciada pela teoria marxista (o materialismo dialético e o materialismo histórico), que mostra que a doença está socialmente determinada. Diferente da forma de

os fatores determinantes e condicionantes que influenciam a saúde, como: trabalho, moradia, lazer, meio ambiente, saneamento, renda, cultura, saúde, educação, assistência social e previdência.

O entendimento dessa nova concepção de saúde estava associado a uma nova concepção de Estado e sociedade. O Movimento defendia a construção de um Estado e sociedade baseados nos preceitos democráticos de igualdade e justiça social; compreendia que a saúde não é apenas uma mera condição biológica ou genética, mas também o resultado de políticas sociais e econômicas que busquem evitar o adoecimento. Requeria que a nova Constituição considerasse a saúde de maneira mais abrangente.

O coroamento dessa nova concepção de saúde, nos anos 1980, se deu com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986. Pressionado pelo Movimento Sanitário, o governo Sarney convoca a 8ª CNS que, pela primeira vez, contou com a representação paritária entre usuários do sistema e demais participantes.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais e parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2009, p. 96).

O Relatório Final da 8ª Conferência, fruto de intensos debates, deixou claro que a reformulação da política de saúde ia além de reformas administrativas e financeiras; era preciso uma reformulação mais profunda. O próprio conceito de saúde deveria ser ampliado, “[...] revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar Reforma Sanitária” (BRASIL, p. 2). Durante o debate, ficou claro que a saúde não poderia ser concebida como um conceito abstrato, sendo preciso considerar as determinações históricas da sociedade “[...] em determinados momentos de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, 1986, p. 4).

olhar e pensar a saúde nessa época, “muito concentrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Há uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas. Essas primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas, que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses”. (LINS; GUIMARÃES, 2016, p. 1)

Enfatizou-se que a materialização desse direito não se realizaria simplesmente pela sua formalização no texto constitucional; o Estado deveria assumir efetivamente uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais e os meios para concretizá-la.

O posicionamento contrário à saúde como mercadoria e fonte de lucro foi um dos eixos do Movimento da Reforma Sanitária, em oposição aos interesses empresariais centrados no atendimento médico-hospitalar: “[...] interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciados pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde” (BRASIL, 1986, p. 6).

Segundo o Relatório da 8ª Conferência, este foi um dos eixos que mais mobilizaram os participantes, colocando em questão a estatização imediata ou progressiva. A proposta da estatização imediata foi recusada, visto que deveria se ter um fortalecimento e expansão do sistema público, sendo consenso a estatização progressiva. “O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor” (*Ibid.*, p. 12).

Outro ponto defendido foi a exclusividade da alocação do fundo público no setor público estatal:

[...] redirecionamento dos fundos públicos para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal; a suspensão imediata de financiamento, por parte destes fundos, para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos. (BRASIL, 1986, p. 16).

As propostas defendidas quanto ao financiamento do Setor previam ainda que fossem constituídos fundos de saúde nas diferentes esferas de governo, devendo ser geridos conjuntamente, com a participação de órgãos públicos e da sociedade organizada. O Estado passaria a ser responsável pelo financiamento do Sistema, cabendo-lhe desenvolver uma política de descentralização e articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios, com uma ampla e profunda reforma tributária.

Quanto à política de recursos humanos, o Relatório da 8ª CSN apresentou propostas que iam de encontro à política adotada, marcada por interferências clientelísticas na forma de contratação de pessoal. Entre as propostas apresentadas no Relatório, destacam-se: a isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos três níveis de governo, o estabelecimento imediato de plano de cargos e salários, a admissão através de concurso público, com estabilidade no emprego, o incentivo à dedicação exclusiva e o compromisso dos servidores com os usuários.

A Constituição Federal aprovada em 1988 incorporou grande parte das propostas do relatório final da 8ª CNS. A Carta Magna trouxe avanços importantes quantos aos direitos sociais, possibilitando que tais direitos fossem assegurados do ponto de vista legal. Como afirma Bravo, “[...] introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (BRAVO, 2009, p. 97).

Mas essas propostas não foram asseguradas na CF de 1988 sem a presença de interesses antagônicos. Segundo Correia (2005):

Durante a Assembleia Nacional Constituinte, o Movimento de Reforma Sanitária fez *lobbies* para conseguir a adesão de parlamentares à proposta do SUS. Nesse processo, houve uma competição entre as propostas dos setores progressistas e as dos setores conservadores, até a proposta do SUS ser contemplada, em parte, na Constituição de 88. Pode-se, portanto, afirmar que o SUS é uma conquista do Movimento Sanitário. (CORREIA, 2005, p. 165, grifo do autor).

Assim, o texto constitucional, no que diz respeito à saúde, “[...] após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica” (BRAVO, 2009, p. 97).

A partir dos anos 1980, a saúde brasileira se reconfigura e se alia ao processo de reforma sanitária, tendo como relevante mudança a ampliação do conceito de saúde. Esta passou a constituir o tripé da seguridade social brasileira, ao lado da assistência e da previdência. Tais políticas devem ser providas pelo Estado, contudo, entre essas, a saúde foi a única a ter o caráter universal assegurado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 1).

O interesse do setor privado na prestação dos serviços públicos de saúde foi mantido na Carta Magna, ainda que de modo parcial. A participação da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde foi garantida de forma complementar aos serviços públicos, conforme prevê o parágrafo 1 do artigo 199 da CF.⁴² Dessa maneira, abriu-se precedentes para a privatização do SUS por dentro do próprio sistema, de modo que na atual conjuntura essa

⁴² Art. 199 § 1º 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 entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, p. 1).

complementaridade tem sido às avessas.

Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. A saúde, no Brasil, converte-se num direito social previsto na Constituição de 1988, regulamentado posteriormente pela Lei 8.080/90 e 8.142/90, norteadas por princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Conta, também, com a redefinição da atuação dos entes governamentais (União, estados e municípios) na prestação dos serviços.

Ao tempo que superou o regime ditatorial instaurado em 1964 e conquistou legalmente direitos sociais, a sociedade brasileira também vivenciava um momento de crise econômica, presente até hoje. Segundo Behring e Boschetti (2008b), os anos 1980 são conhecidos como a “década perdida” para a economia do país. No entanto, os sinais da crise já se apresentavam no ano de 1974, com a crise internacional⁴³ e a diminuição dos fluxos de capitais, levando a um endividamento exorbitante, tendo como consequência o aumento do desemprego, o agravamento da pobreza e a restrição de direitos sociais.

Mendes e Carnut (2018), com base em Chesnais, argumenta que a crise contemporânea do capitalismo combinou duas principais tendências: a de queda da taxa de lucro e, como resposta a essa tendência, o sistema capitalista reforça a valorização financeira, colocando o capital fictício na liderança da dinâmica do capitalismo e, como tendência, a apropriação dos fundos públicos.

No Brasil, apesar de 70% da dívida externa estatal ter sido contraída pelo setor privado, por pressões do Fundo Monetário Internacional (FMI), houve uma crescente e impressionante socialização dessa dívida⁴⁴. “A dependência externa brasileira junto aos Estados Unidos, fiador da dívida brasileira junto ao FMI, agravada durante o regime militar (1964-1985), tornou o país altamente endividado, sem poupança interna capaz de financiar o país” (BORGES *et al.*, 2012, p. 56). Isso levou, posteriormente, os organismos multilaterais a pressionarem o Brasil para a adoção de uma política reformista e regressiva, e no que se refere às políticas sociais, uma política orientada pela lógica do mercado. Correia (2007, p. 16) afirma:

⁴³Segundo Borges *et al.*, 2012: “Após a crise do capitalismo de 70, o imperialismo recrudescer na chamada era *Reagan*, em alusão ao presidente Ronald Reagan (1981-1989), quando começa a guerra contra as políticas sociais mantidas pelos governos. A *Reaganomics*, como era chamada a doutrina econômica do presidente estadunidense, tinha as seguintes características: desregulação do mercado, por considerá-lo autocorretivo; corte de impostos, para permitir às corporações margem para investimento (o que se traduziu em grande concentração financeira), e diminuição do tamanho do Estado. Na mesma direção, os Estados Unidos se reinserem com mais força na luta contra o socialismo e pela difusão do neoliberalismo em todo o mundo”. (BORGES *et al.*, 2012, p. 56).

⁴⁴Cf. BEHRING; BOSCHETTI, 2008.

[...] nas décadas de 1980 e 1990, com a crise da dívida – ante a taxa de juros flutuantes, os países devedores ficam sem possibilidade de honrar com seus débitos –, o FMI e o BM passaram a desempenhar um papel protagônico na orientação das políticas econômicas adotadas pelos Estados latino-americanos, mediante a imposição da adoção de programas de estabilização econômica e de ajuste estrutural, implicando a reforma do Estado (p. 16).

Bravo (2009) destaca que a partir de 1988 as forças comprometidas com o Movimento de Reforma Sanitária passaram a perder espaço na coalizão governamental e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. Mesmo com a saúde estabelecida como direito de todos pela Constituição de 1988 e por suas leis orgânicas, o contexto socioeconômico e político nacional e internacional se mostrou desfavorável a sua efetivação. Pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população foi percebido, devido a falta de concretização da sua operacionalização.

Ainda durante o período de constituição do SUS, apresentaram-se dois projetos antagônicos em disputa, definidos por Bravo e Matos (2006) como o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Mesmo após a institucionalização do SUS, esses dois projetos seguem tensionando a política de saúde com uma novidade histórica. Atualmente, um terceiro projeto faz parte da disputa: a reforma sanitária flexibilizada (BRAVO, 2011). Já Campos (1997) observa que, “[...] contraditoriamente, o SUS tentou implementar a medicina socializada no mesmo momento em que o imperialismo estava em ampla caçada por novos mercados no setor saúde” (CAMPOS, 1997 *apud* BORGES *et al.*, 2012, p. 55).

O Projeto da Reforma Sanitária baseia-se na construção do SUS e de uma esfera pública com controle social materializado na política de saúde, por meio de conselhos e conferências. Bravo e Matos (2006), baseados em Netto, o caracterizam como sustentado numa democracia de massas que “[...] tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se pela concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO; MATOS, 2006).

O Projeto Privatista, por sua vez, caracteriza-se por uma visão de democracia restrita, de diminuição de direitos sociais e políticos, apoiado pelos grupos privados de saúde, “[...] com a concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para o trabalho. O enxugamento do Estado é a grande meta, como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas” (CFESS, 2010, p. 18).

A partir dos anos 1990, o projeto privatista na saúde se consolida assentado nas ideias neoliberais defendidas pelos organismos multilaterais (BM e FMI), orientado para uma política focalista e seletiva, com a desresponsabilização do Estado, buscando favorecer o capital em sua

busca incessante de acumulação de lucros. Segundo Mota (2011),

[...] na década de 1990, com as derrotas sofridas pelo projeto Democracia de Massas, consolida-se uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira, cujas principais estratégias do grande capital passam a ser: acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, com destaque para a concepção de Seguridade Social, e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado. (MOTA, 2011).

A política de saúde brasileira passou a ser alvo do receituário neoliberal, com maiores evidências a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso e sua proposta da Reforma Administrativa do Estado, trilhando-se um caminho inverso ao assegurado na CF de 1988). Ao invés da ampliação e consolidação do Sistema Público de Saúde, o governo fortaleceu os interesses do capital, com “[...] a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais” (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2010, p. 18). O Estado incentivou e buscou consolidar o processo de privatização progressiva (CORREIA, 2015) da saúde pública brasileira, tanto por dentro do SUS, com o aumento de contratação dos serviços privados de saúde, como pela transferência direta dos serviços para entidades privadas, a exemplo das Organizações Sociais (OSs), e ainda com o incentivo ao crescimento do livre mercado da saúde, reafirmando o Estado máximo para o capital e mínimo para o trabalho.

O projeto da reforma sanitária flexibilizada se insere nesse contexto de transformismo, em que antigos defensores da reforma sanitária brasileira passam agora a admitir, e até mesmo a defender, a privatização da saúde via os modelos privatizantes de gestão. Conforme Bravo, o projeto “‘da Reforma Sanitária flexibilizada’, encampado por “alguns autores da Reforma Sanitária que tentaram abrir mão de algumas bandeiras, não mais defende as bandeiras dos anos 80” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022, p. 1)

Todavia, a ofensiva contra o projeto original da reforma sanitária brasileira e consequentemente de desmonte do SUS público estatal tem sido intensificada a partir do governo ilegítimo de Michel Temer e segue no governo Bolsonaro. Nesse contexto, um quarto projeto vem sendo formulado, tendo como base a completa subordinação do SUS ao mercado (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Nessa direção iremos discutir nos próximos itens como o Estado brasileiro baseado no ideário neoliberal, notadamente nos anos 1990, tem empreendido processos de contrarreformas que tem impactado diretamente nas políticas sociais e aqui na política de saúde. Buscaremos

identificar possíveis mudanças no Estado, no que se refere a privatização e mercantilização da política de saúde, durante os governos Temer e Bolsonaro, haja vista que estes processos se estabelecem na sociedade brasileira antes mesmos da constituição do SUS.

3.3 Dos anos 1990 aos governos do PT

Neste item nos propomos a caracterizar brevemente como tem se dado os processos de contrarreformas neoliberais protagonizados pelo Estado brasileiro, no que se refere especialmente à política de saúde. Essa análise terá como foco as agendas neoliberais do governo Cardoso e do Partido dos Trabalhadores para a política de saúde.

A partir dos anos 1990 os projetos antagônicos, já citados anteriormente - Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista - ficarão mais evidentes. Apesar da institucionalização do SUS na Constituição de 1988 e em suas Leis orgânicas, o que se viu na prática foi a instituição de uma grande dicotomia entre o SUS legal e o SUS real, com um processo de sucateamento da política de saúde. Refere-se sobretudo ao seu orçamento, a respeito do qual se convencionou midiaticamente propagar como uma política “pobre para pobres” (SOARES, 2010, p. 42-43), reforçando na população o sonho e privilégio de ter um plano de saúde. Nesta perspectiva, Paiva e Lima (2013) afirmam que:

[...] a relativa escassez de dinheiro destinado à saúde pública no Brasil tem reforçado a tese de ineficiência do setor público. Descrentes na viabilidade do modelo de saúde desenhado pelo SUS, os cidadãos “consumidores” da saúde, como dito, tendem a buscar a medicina privada, especialmente, por meio dos planos de saúde. Além disso, se o sistema público é tido como ineficiente, facilmente são instituídas pelos governos alternativas no campo privado gerencial para a gestão da saúde pública. (p. 06-07).

Os anos 1990 são marcados pelo avanço do neoliberalismo como ideologia ordenadora no Estado brasileiro, Behring (2008a) denomina esse processo como uma contrarreforma do Estado, a qual tem início ainda no governo Collor de Melo (1990-1992). Sua concretização e ampliação ocorre no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), com o desenvolvimento e execução do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), executado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Segundo Santos (2017, p. 204)

O projeto político que está posto desde os anos 1990 é um projeto de acumulação e reposição das taxas de lucro do capital em escala global, que o Estado brasileiro vem incorporando através da elaboração e da imposição de metas administrativas para a denominada reforma gerencial do Estado. Este

tem reestruturado sua atuação no que se refere, especialmente, às políticas sociais.

De acordo com Castelo (2017), a acumulação capitalista no Brasil tem seu marco a partir dos anos 1990 protagonizada pelo Estado em sua atuação direta e indireta para garantir a hegemonia rentista, com ganhos econômicos e políticos para as demais frações da burguesia, através da:

[...] privatização dos ativos públicos com farto financiamento estatal, a política monetária de juros altos, a liberalização das contas internacionais, a expropriação tributária dos salários e aposentadorias, a política fiscal direcionadora do fundo público para os fundos privados dos donos da dívida pública, isenções fiscais bilionárias, programas sociais que capitalizam empreendimentos privados, a retirada de direitos sociais, intervenções nos sindicatos, expropriações dos meios de produção dos povos originários, ocupações militares de comunidade populares etc. (CASTELO, 2017, p. 63).

De acordo com Bravo, Pelaez e Nunes (2018), o processo de contrarreforma do Estado resultou em inflexões no campo das políticas sociais que tem atingido diretamente a política de saúde e toda a Seguridade Social. Estas implicações estão em conformidade com as orientações e mudanças no mundo do trabalho, com o processo de reestruturação produtiva e de reodernamento do Estado, inserindo o Brasil na economia mundializada.

Nesse contexto de crise do capital a saúde tem sido disputada cada vez mais como “[...] um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos” (*Ibid.*, p. 11).

No que se refere a política de saúde, foi um período de constantes ataques. As contrarreformas na Política de Saúde “[...] não veem ocorrendo na forma de um movimento explícito e amplo, muito pelo contrário, para burlar as possíveis resistências vêm se constituindo de modo fragmentado, experimental e se espalhando [...] no interior do sistema” (SOARES, 2010, p. 56).

O processo de contrarreforma na política de saúde tem seu marco histórico desde os anos 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo continuidade nos governos petistas de Lula da Silva e Dilma Rousseff e se agudizando nos governos de Temer e recentemente de Jair Bolsonaro.

Assim, durante o governo Cardoso a contrarreforma da saúde nasce no bojo da reforma administrativa do Estado, prevista no Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), a qual definiu a saúde, assim como outras políticas, como não exclusiva do Estado para executá-la diretamente. Transferiu-se para o setor denominado público não-estatal sua execução, a exemplo das Organizações Sociais como modelo privatizante que surge nesse processo, de

modo a viabilizar a proposta apresentada pelo governo.

Conforme análise de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), até o governo Dilma Rouseff não se tinha uma explicitação da contrarreforma na saúde. Mesmo no governo Cardoso não se demonstrava uma ofensiva aberta contra os princípios do SUS. O argumento se restringia, então, à necessidade de melhorar a gestão. Nos governos do PT buscou-se uma modernização da reforma sanitária, via introdução de modelos privatizantes de gestão e ao mesmo tempo fortalecendo o capital por dentro e fora do SUS.

Posteriormente, nos governos petistas, se tem uma nova fase da contrarreforma na política de saúde, ainda que se apresentasse aparentemente de modo mais lento, a privatização e fortalecimento do setor privado na saúde seguem nesses governos.

O governo Lula, apesar das expectativas, postas principalmente pelos setores da classe trabalhadora, manteve a política macroeconômica do Governo Cardoso, fragmentando e subordinando as políticas sociais à lógica econômica. Nessa direção Santos (2014) avalia que:

No plano econômico, seguiu-se a desregulamentação financeira, a abertura comercial, a ênfase numa política exportadora, privatizações, ajuste fiscal, pagamento dos juros, de encargos e amortizações da dívida e a manutenção de uma política que tem como meta o superávit primário, atendendo assim aos ditames do capitalismo financeiro internacional.

As políticas sociais nesse governo caracterizaram-se por seu aspecto reducionista das políticas sociais compensatórias⁴⁵ de caráter focalizado, cristalizadas nos programas de transferência de renda dirigidos aos mais pobres, em que o programa Bolsa família é sua maior expressão. Houve, portanto, enfraquecimento do processo de consolidação das políticas sociais conforme previstas legalmente.

Na Política de Saúde, as expectativas de fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária defrontaram-se com uma polarização entre o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária, sendo que essa polarização foi evidenciada por aspectos inovadores e de continuidade. Nesse sentido Silva (2021), em conformidade com Bravo (2009) pontua os seguintes aspectos inovadores desse governo:

[...] as citações da concepção de saúde da Reforma Sanitária nos documentos do Ministério da Saúde, como o espaço para discussão na sua agenda; na estrutura do Ministério, houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria de Gestão

⁴⁵Conforme assevera Mota (2012, p.37), baseada em Paulani (2010), ao enfrentar a pobreza via políticas compensatórias, a exemplo do Bolsa Família, “[...] em vez de integrarem os excluídos, elas consagram a ‘fratura social’ porque distribuem uns poucos recursos àqueles que jamais conseguirão se integrar, para dar andamento à política concentradora e excludente”.

Participativa; também houve a aproximação do Ministro com o Conselho Nacional de Saúde; e a antecipação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. (SILVA *et al.*, 2021, p. 199).

Quanto aos aspectos de continuidade com o governo de Cardoso, Bravo (2009) sinaliza que este governo centrou sua política no seguinte tripé: focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos. No que diz respeito à focalização, ressaltou-se a centralidade do Programa Saúde da Família como uma extensão de cobertura para as populações carentes. Entretanto, não houve como contrapartida a reorganização do sistema em que se tivesse a articulação com os demais níveis de atenção. Sobre a precarização e a terceirização dos recursos humanos, destacou-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde, a inserção de outras categorias que não são regulamentadas e a incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do Programa Saúde da Família, sem concurso público pela via da indicação política.

Conforme análise de Soares (2010), o governo Lula consolidou uma importante estratégia de contrarreforma na saúde: a refuncionalização dos princípios do SUS.

Os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária, incorporando elementos da nova racionalidade hegemônica [...] (*Ibid.*, p. 56).

O governo Dilma Rousseff (2011-2014) deu continuidade a política macroeconômica do governo Lula. Quanto a área social, a presidenta buscou reforçar a política econômica em detrimento da política social, na qual assumiu “[...] uma posição ainda mais privatista e comprometida com a manutenção do atual modelo econômico” (MENEZES, 2014, p. 14).

O corte de R\$ 60 bilhões no orçamento atingiu basicamente a área social, a saber: redução de gastos com pessoal, incluindo congelamento dos salários (R\$ 3,5 bilhões); corte de R\$ 5 bilhões no Programa “Minha Casa Minha Vida”; no Ministério da Reforma Agrária houve redução de R\$ 929 milhões; na Educação corte de R\$ 3,1 bilhões; na Saúde R\$ 578 milhões; nos Desportos R\$ 1,5 milhão; no Meio Ambiente R\$ 400 milhões e no Transporte R\$ 2,3 bilhões (DOMINGUES, 2011 *apud* MENEZES, 2014, p. 14).

Assim, ainda no primeiro ano de seu governo (2011), a manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU⁴⁶) aprovada pelo Senado renovou sua vigência até 2015,

⁴⁶ A DRU permite que 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social sejam retirados para o pagamento da dívida pública.

permitindo assim drenar recursos da área social “[...] para, entre outras finalidades, pagar juros da dívida aos rentistas e manter o superávit primário” (MENEZES, 2014, p. 14).

De acordo com Santos (2014), os governos de Lula e Dilma Rousseff deram continuidade ao processo de contrarreforma na política de saúde.

Se nos governos de FHC surgem os primeiros modelos de gestão privatizantes, com destaque para as Organizações Sociais – modelo proposto no quadro da contrarreforma da Saúde –, os governos petistas, além de não terem impedido a ampliação desse modelo, tiveram como proposta a implantação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (p. 96).

Bravo *et al.* (2018) consideram que a disputa entre o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista continuou. Algumas propostas enfatizavam a Reforma Sanitária, mas, na prática, não havia vontade política e repasse de recursos para viabilizá-las. As políticas sociais restritas ficaram à focalização. Como consequência, deu-se uma falta de democratização do acesso, colocando-se a política econômica como prioridade, com a manutenção da política de ajuste fiscal.

Durante os governos do PT assiste-se ao surgimento de um terceiro projeto, como mencionado, antagônico ao projeto da reforma sanitária, denominado por Bravo como Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada, o qual passa a defender a flexibilização ou reatualização da reforma sanitária, aceitando por exemplo os modelos privatizantes de gestão no SUS. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p.10), esse projeto “[...] é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da Política de Saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária [...]”.

Na mesma direção, Soares (2010) vai denominar este terceiro projeto, durante os governos do PT, como Projeto do “SUS possível”. Para a autora este projeto “[...] termina por favorecer a ampliação dos espaços do Projeto Privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois Projetos [...] se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica” (SOARES, 2010, p. 52-53).

Alves (2021) ao analisar a particularidade brasileira e observa que o governo Dilma Rousseff manteve a estratégia de conciliação de classe herdada do governo Lula. Todavia, está estratégia, até então hegemônica, “[...] entra em crise, tornando-se inviável para o desenvolvimento do capital; uma variedade de possibilidades de hegemonia torna-se possível, acirrando a luta de classes” (p. 200).

Corroborando com o argumento de que os governos do PT usaram como estratégia a conciliação de classes, Mota (2019) afirma que essa modalidade de articulação entre as diferentes classes resultou em um processo de despolitização das demandas das classes trabalhadoras, ao passo que conjugou os interesses imediatos da acumulação capitalista com as necessidades dos amplos setores das classes trabalhadoras. “Em poucas palavras: houve inegável ampliação do consumo de bens e serviços por setores das classes populares, atendendo às demandas dessa população, mas a estratégia não foi a de oferta pública como resultado da conquista e exercício de direitos. [...] (MOTA, 2019, p. 145).

Nessa direção para Iasi (2019), as experiências dos governos do PT repercutiram nas organizações da classe trabalhadora e em sua consciência de classe, causando uma inflexão política e a sua desconstrução.

A forma política do pacto de classes e da conciliação, como eixo central da manutenção da governabilidade no ciclo petista, quebra a autonomia e a independência de classe, desarmando os trabalhadores para os necessários confrontos com seus inimigos (IASI, 2019, p. 426).

Esse enfraquecimento das organizações da classe trabalhadora favorece o avanço do projeto da classe dominante em sua caçada desenfreada pela obtenção do poder e do lucro.

Uma vez que esse exercício do poder é sempre um “equilíbrio instável”, dada a natureza antagônica dos interesses dominantes e das classes trabalhadoras, o Estado burguês está sempre pronto para reverter as formas democráticas em formas abertamente autocráticas, na medida em que seus interesses econômicos corporativos se vejam real ou potencialmente ameaçados (*Ibid.*, p.426, grifo nosso).

Conforme Iasi o que assistimos em 2016 “[...] foi essa inflexão, não porque o movimento dos trabalhadores ameaçasse a ordem capitalista, pois estava preso aos termos da conciliação de classes, mas pela própria dinâmica da crise do capital e da instabilidade política e institucional gerada” (IASI, 2019, p. 426).

Nessa direção o país assistiu o golpe de 2016 anunciado sob a forma de impeachment com a deposição da presidenta Dilma Rousseff, o qual foi concretizado em 31 de agosto de 2016, com a ascensão de Michel Temer, então vice-presidente, ao posto máximo do executivo. Castelo (2017) afirma que o golpe de 2016 representou um dos capítulos mais dramáticos do neoliberalismo no Brasil, denominando-o como o

[...] golpe legislativo-midiático-judiciário. [Inserido numa] conjuntura internacional de crise orgânica do capitalismo desde 2008, que alia crise econômica e crise de hegemonia – com aumento da coerção estatal e de grupos paraestatais exercida contra a classe trabalhadora, ganhando ares neofascistas

[...] (CASTELO, 2017, p. 66).

Segundo a Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) (2016):

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da Presidência da República, no dia 12 de maio [de 2016], desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento dessa funcionalidade na tentativa de superação da crise pela qual passa o capital. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Os documentos que anunciam as ações a serem adotadas pelo governo que se inicia (“Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”) apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016, p. 1).

O golpe de 2016, sob o comando do governo interino de Michel Temer, representou um estágio mais perverso do neoliberalismo, com a radicalização das práticas neoliberais, acelerando as expropriações de direitos no país em favor da reprodução do capital. Conforme Behring (2018) o governo Temer apesar de apresentar semelhanças com o governo de Cardoso, o projeto neoliberal retomado por Temer representa uma programática mais dura do Consenso de Washington de 1989. Ainda de acordo com Bravo; Pelaez e Nunes (2018, p. 11): “Com o advento do governo Temer, é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores [...]”.

3.4 A política de saúde nos governos ultraneoliberais de Temer e Bolsonaro: aprofundamento dos interesses do mercado

Nesse processo de restauração conservadora retomado por Temer visou-se resolver os impasses postos pela crise do capital e favorecer os interesses das elites dominantes do país, aprofundando sua dependência junto ao capital internacional. Como Bravo sintetiza: “[...] o peso da crise de acumulação é transferido para os trabalhadores” (BRAVO; PELAEZ; NUNES, 2018, p. 12) através de uma contrarreforma perversa que retirou direitos trabalhistas e previdenciários, a terceirização irrestrita e um novo regime fiscal que congelou por vinte anos os gastos públicos.

A agenda neoliberal do governo ilegítimo de Temer, para responder as demandas do capital, no contexto de esgotamento do caráter de conciliação de classe dos governos do PT, se

deu com a criação da Emenda Constitucional 95/2016, mais conhecida como a PEC do Teto de Gastos, que instituiu um novo regime fiscal no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, estabelecendo que durante vinte anos as despesas com gastos sociais estariam congeladas.

Ferraz e Bernandes (2018) analisam essas medidas como uma forma do Estado brasileiro de continuar destinando recursos do orçamento público para o pagamento de juros da dívida, alimentando o sistema financeiro internacional

[...] além de manter elevados os subsídios estatais ao setor privado via terceirização e entrega dos equipamentos públicos de saúde para Organizações Sociais. Ou seja, atravessamos uma brutal reforma regressiva e antidemocrática do Estado, aprofundando de forma acelerada um processo de penalização dos pobres e trabalhadores que se estabeleceu desde os anos 1990, para que o capital possa se apropriar de todo o fundo público, até mesmo dos poucos recursos destinados à reprodução Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer da força de trabalho no Brasil. (FERRAZ; BERNARDES, 2018, p. 5).

Como pontuado por Bravo; Pelaez e Nunes, a Reforma Trabalhista, ou melhor a contrarreforma trabalhista, permitiu a terceirização irrestrita das atividades, antes só permitida para as atividades-meios, como serviços de limpeza e segurança, agudizando assim os processos de precarização do trabalho. A contrarreforma trabalhista regulamentou também o chamado trabalho intermitente, modalidade em que a prestação do serviço pode ser descontinuada⁴⁷.

Tais mudanças estão no bojo do processo de reestruturação produtiva e de reordenamento do Estado para atender as demandas do capital em crise, sob os desígnios do neoliberalismo mais perverso que se impõe sobre a classe trabalhadora. Esta que, por sua vez, tem tido que carregar os fardos de viver e conviver com a perspectiva de trabalhos cada vez mais precarizados, destituídos de direitos, com políticas sociais que não conseguem atender as suas demandas de forma ampla.

No que se refere à política de saúde, o governo Temer demonstrou seu vínculo com o setor privado, ao nomear como Ministro da Saúde, o deputado federal Ricardo Barros, financiado em sua campanha pelo presidente de um dos maiores grupos privados de saúde, o

⁴⁷ De acordo com Soares (2021, p. 174): "Na prática, isso significa que pode haver períodos de prestação de serviço, seguidos de situação de inatividade; os períodos de atividade são mensurados em horas, dias, semanas ou meses (com prazo determinado ou não); a remuneração do trabalhador dá-se mediante apenas o tempo de atividade (onde o tempo mínimo é de uma hora). É um tipo de atividade laboral totalmente desprovida de toda e qualquer segurança, como a garantia de receber salário-mínimo ou ter jornada de trabalho estabelecida. Sob o discurso de que o trabalhador terá mais liberdade e autonomia, a sua subjugação ao capital é potencializada por meio de formas laborativas extremamente precárias".

Grupo Aliança⁴⁸, revelando a que interesses estava atendendo com sua nomeação. Barros em diversos discursos afirmava: “[...] sou o ministro da saúde, não sou o ministro do SUS⁴⁹”.

Ainda em suas declarações iniciais, o Ministro da Saúde Ricardo Barros afirma abertamente à imprensa a necessidade de rever o tamanho do SUS. Tal estratégia é reveladora da direção das alterações impetradas pelo governo Temer e, ao mesmo tempo, do momento do Estado brasileiro e seus vínculos com o capital nacional e internacional (SOARES, 2018, p. 26).

Soares destaca que durante o governo Temer ficou evidente “[...] uma profunda instrumentalização do Estado brasileiro em favor dos interesses do capital da saúde, sem qualquer preocupação em atender os interesses da classe trabalhadora” (2018, p. 23). O compromisso explícito desse governo era com as grandes empresas da saúde, demonstrando assim o fortalecimento do projeto privatista na saúde.

Corroboramos com Bravo; Pelaez e Nunes (2018, p.13) ao afirmar que no governo Temer tem-se “a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade de processo de privatização *não clássica* na saúde” materializados no congelamento dos gastos públicos por vinte anos, na proposta de planos de saúde acessíveis, retrocessos da política de saúde mental e nas mudanças efetivadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O governo ilegítimo de Temer já apresentava sua agenda neoliberal antes mesmo de assumir a presidência e durante o processo de impeachment, respectivamente nos documentos “Uma Ponte Para o Futuro” (2015) e “Travessia Social” (2016), ambos lançado pelo PMDB através da Fundação Ulysses Guimarães⁵⁰.

No documento “Uma ponte para o futuro”, nos moldes do Plano Diretor da Reforma do Estado do governo Cardoso, o documento inicia realizando uma crítica ao Estado e reforçando a necessidade do ajuste fiscal. Coloca como meta a reconstituição do Estado, pois segundo afirma o documento:

Sem um ajuste de caráter permanente que sinalize um equilíbrio duradouro das contas públicas, a economia não vai retomar seu crescimento e a crise deve se agravar ainda mais. Esta é uma questão prévia, sem cuja solução ou encaminhamento, qual quer esforço para relançar a economia será inútil.

⁴⁸ Empresa que comercializa planos de assistência médica e odontológica” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016, p. 1).

⁵⁰ A Fundação Ulysses Guimarães é o órgão de articulação do Movimento Democrático Brasileiro, o MDB. Segundo o site da instituição: “A Fundação Ulysses Guimarães é uma instituição de direito privado, sem finalidade lucrativa, criada para desenvolver projetos de pesquisa aplicada, doutrinação programática e educação política para o exercício pleno da democracia, além de outras atividades que guardem relação direta com essas premissas”. (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2022, p.1)

Nenhuma visão ideológica pode mudar isto (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 06).

O documento aponta que o desequilíbrio fiscal do país se deve aos excessos cometidos pelo Governo Federal nos últimos anos, com a criação de novos programas e ampliação dos antigos, com a admissão de novos servidores e além do comprometimento da capacidade fiscal com novos investimentos. Ainda afirma que, estruturalmente, o desequilíbrio está relacionado à forma de funcionamento do Estado, a qual é preciso modificar. “Para enfrentá-lo teremos que mudar leis e até mesmo normas constitucionais, sem o que a crise fiscal voltará sempre, e cada vez mais intratável, até chegarmos finalmente a uma espécie de colapso” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 05-06).

No que se refere aos gastos com políticas sociais, o documento cita que as despesas públicas de caráter primário têm crescido acima do PIB e grande parte desse aumento se deve às conquistas sociais asseguradas pela Constituição de 1988, com saúde, educação e assistência social. O documento critica e ataca as despesas obrigatórias asseguradas pela Carta Magna, as colocando como empecilhos para a realização de ajustes fiscais, reforçando assim as políticas neoliberais.

Foram criadas despesas obrigatórias que têm que ser feitas mesmo nas situações de grande desequilíbrio entre receitas e despesas, e, ao mesmo tempo, indexaram-se rendas e benefícios de vários segmentos, o que tornou impossíveis ações de ajuste, quando necessários (*Ibid.*, p. 07).

Assim, a proposta apresentada pelo documento para conter a crise fiscal no Estado, visa modificar dispositivos constitucionais e de leis, especialmente com relação às políticas sociais. Pois, o argumento é que o desequilíbrio fiscal é o *modus operandi* do Estado sendo preciso modificá-lo.

O primeiro passo para mudar esse cenário, segundo o documento, é uma reforma orçamentária. A forma como o orçamento público está previsto constitucionalmente e em outras legislações causa rigidez excessiva com despesas tornando o desequilíbrio fiscal permanente e aprofundando seu agravamento. “O orçamento é a peça mais importante de uma legislatura” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 09). O documento chega à conclusão que uma das saídas é acabar com as vinculações constitucionais, como os gastos com saúde e educação.

Para um novo regime fiscal, voltado para o crescimento, e não para o impasse e a estagnação, precisamos de novo regime orçamentário, com o fim de todas as vinculações e a implantação do orçamento inteiramente impositivo (*Ibid.*, 2015, p.9).

O documento deixa claro que a intenção precípua desse grupo é reformar o Estado sob o argumento do equilíbrio fiscal ao custo das restrições dos direitos sociais, propondo a criação de uma instituição que articule o executivo e o legislativo, para manter a autoridade orçamentária:

[...] com competência para avaliar os programas públicos, acompanhar e analisar as variáveis que afetam as receitas e despesas, bem como acompanhar a ordem constitucional que determina o equilíbrio fiscal como princípio da administração pública (*Ibid.*, p. 10-11).

A previdência social aparece como um dos itens em destaque que precisa ser revisto. O argumento fundamental é que o caráter universal dessa política tem acarretado um déficit orçamentário que precisa ser modificado, pois o problema é que as pessoas estão vivendo mais e poucos estão participando da população ativa que contribui com a manutenção do Estado. A solução, para eles, é aumentar a idade mínima para a aposentadoria,

[...] de sorte que as pessoas passem mais tempo de suas vidas trabalhando e contribuindo, e menos tempo aposentados. Não é uma escolha, mas um ditame da evolução demográfica e do limite de impostos que a sociedade concorda em pagar (*Ibid.*, p. 11).

Para tanto o documento defende o estabelecimento de uma idade mínima, com 65 anos para homens e 60 anos para as mulheres. A reforma previdenciária que passou a valer a partir de novembro de 2019 coincide que esta proposta ao estabelecer como idade mínima para a aposentadoria para a mulheres 62 anos e para os homens 65 anos.

Outros pontos em debate no documento supracitado tratam sobre os juros e a dívida pública. Ambas as questões são abordadas de modo a sinalizar para a necessidade de interromper o crescimento da dívida pública. Todavia, a saída apontada está na obtenção de um superávit primário capaz de cobrir as despesas com os juros da dívida de modo a não comprometer o crescimento do PIB. Ou seja, não se questiona a legitimidade do pagamento da dívida, pelo contrário. A saída é encontrar maneiras, por meio do ajuste fiscal, principalmente reduzindo gastos sociais, para que o pagamento da dívida pública possa ser honrado.

O documento do PMDB está sintetizado em três eixos, como já citado: reforma do orçamento, reforma da previdência e custos com a dívida pública. Esse é o conjunto de ações que levará à trajetória progressiva do equilíbrio fiscal do país. Para viabilizar esses eixos, argumenta que “[...] será necessário um grande esforço legislativo porque as leis existentes são, em grande parte, incompatíveis com eles” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 16). A saída, entretanto, não se restringe apenas à mudança na legislação, aposta na articulação

entre o setor público e privado, com uma política de fomento do desenvolvimento centrada na iniciativa privada. O documento destaca que se deve, em primeiro lugar, viabilizar uma participação mais efetiva e predominante do setor privado na construção e operação de infraestrutura, sob a lógica soberana da iniciativa privada. Em segundo lugar, o Estado em articulação com a iniciativa privada, deve colaborar para a abertura de mercados externos. E em terceiro lugar, o documento defende a responsabilização do Estado em buscar maioria política para realizar ajustes legislativos em áreas críticas (*Ibid.*).

Desse modo, o documento do PMDB traz em seu escopo a cartilha pregada pela ideologia neoliberal da necessidade de ajustes fiscais do Estado, culpabilizando os gastos sociais pela crise fiscal e colocando como saída a necessidade do fortalecimento da iniciativa privada, impondo a lógica do mercado em todos os espaços da vida social, outrora regulados pelo Estado.

Outro documento lançado pela Fundação Ulysses Guimarães e PMDB durante o processo de impeachment da presidente Dilma Rousseff, em abril de 2016, foi o denominado "Travessia Social". Concordamos com Bravo, Pelaez e Nunes (2018) sobre ser este documento a expressão da política social do documento anterior, "Uma Ponte para o futuro".

O documento segue a linha de pensamento do documento anterior, "Uma Ponte para o futuro", fazendo inicialmente uma análise sobre a crise fiscal na sociedade brasileira. Como diagnóstico, o documento aponta que

A inflação voltou aos dois dígitos e o país entrou em uma crise fiscal sem precedentes. Na prática, o Brasil de 2016 está no mesmo nível de 2010. Perdemos seis anos. Se nada for feito para corrigir o rumo, teremos uma década perdida (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016, p. 04).

O ponto de partida é o mesmo: o que fazer diante da crise fiscal instalada? O documento aponta que é preciso superar alguns círculos viciosos. E mais uma vez encontra no Estado o causador da sua crise.

O Estado brasileiro expandiu demasiadamente as suas atribuições e acabou desabando sob seu próprio peso. Em qualquer horizonte razoável, o Estado terá que renunciar a funções de que hoje se ocupa, e terá mesmo que amputar partes de sua arquitetura. Sem fazer isto, o crescimento econômico duradouro não será possível. No entanto, políticas e gastos para proteger os mais pobres e abrir para eles um caminho para as oportunidades da vida, precisam ser resguardados (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016, p. 05).

Seguindo os preceitos neoliberais já conhecidos o documento mais uma vez revela qual Estado é preciso instaurar: o Estado cada vez mais neoliberal, em que o mercado seja o grande

mestre ordenador. Esse Estado deve fortalecer políticas sociais dentro do trinômio: focalização, privatização e descentralização (BEHRING; BOSQUETTI, 2008).

Como saída, o Estado precisa ser modificado para que se corrija os erros de governança e de políticas equivocadas de períodos anteriores. Para tanto, é necessário conter a inflação com medidas de equilíbrio fiscal para recuperar as contas públicas, o que por sua vez exigirá cortes nos gastos sociais. Uma das estratégias é a focalização das ações nos 40% mais pobres da população, como afirma o documento: "[...] o desafio seguinte, em ordem de prioridade, é alcançar os 70 milhões de pessoas que compõem o segmento situado acima do limite de 5% até o de 40% mais pobres" (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016, p. 09). Nesse sentido, o documento enfatiza a necessidade de qualificação desse segmento da população para que possa adentrar no mercado de trabalho. Pois, segundo argumentam: "Embora exista parcela de trabalhadores com habilidades não certificadas, o problema para a maioria da força de trabalho, em particular para a mais jovem, é a falta de habilidades" (*Ibid.*, p. 10). Assim, é destacado o programa PRONATEC o qual, segundo o documento, está sendo desmontado devido ao colapso fiscal do Estado, afirmando a necessidade de resgatá-lo. Vê-se desse modo que o projeto de educação para os jovens pobres se limita ao ensino técnico, para que possa atender às demandas do mercado.

No que se refere à política de saúde, o documento traz um item que trata especialmente sobre o *desafio da saúde*. A linha inicial de argumentação trata dos custos com a assistência a saúde e a dependência da maioria da população brasileira ao SUS, o que se revela por sua vez nas longas filas de espera por atendimento. A proposta do documento é apresentar uma agenda de mudanças que precisa ser implantada, através de oito propostas com foco no gerencialismo. Bravo, Pelaez e Nunes (2018) resume estas propostas nas seguintes questões: "[...] a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados (*Ibid.*, p. 13). O governo de Michel Temer tentou implantar esta agenda, especialmente as duas últimas por meio da proposta de criação dos "planos de saúde acessíveis", intensificando, como afirma Soares (2021), a aceleração das contrarreformas.

Conforme Silva; Santos e Correia (2021), as principais mudanças na política de saúde que contribuíram para o desmonte do SUS durante o governo Temer foram iniciadas com a proposta de criação dos planos de saúde acessíveis, apresentada mediante o Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde, como resposta à perda de usuários dos planos de saúde.

A proposta está dividida em três: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial+Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento, sendo que o principal ponto desse retrocesso são as restrições de cobertura, que ferem diretamente à integralidade da assistência (*Ibid.*, p. 204).

Os retrocessos na saúde avançaram também sobre a política de Saúde Mental com a publicação da Portaria 3.588/2017. A norma prevê o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos, além da criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais. Segundo Silva; Santos e Correia (2021), estas medidas vão de encontro com o princípio de desinstitucionalização defendido pelo Projeto da Reforma Psiquiátrica.

No âmbito da atenção básica, o governo propôs alterações através de uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Como questões principais destacam-se a ruptura com a centralidade da Saúde da Família e as formas de financiamento que não contemplam equipes multiprofissionais.

Também causa estranheza a referência à diferenciação de ações e serviços *essenciais e ampliados* a serem executados na Atenção Básica, o que pode configurar restrições ao acesso à assistência, legitimando sua configuração como uma política focalista e restrita a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns, limitando-se a oferta do *mínimo do mínimo* no que consta aos serviços oferecidos à população. Outra questão à política aprovada refere-se à redução da carga horária da equipe de 40 horas, podendo ser de 10 horas (BRAVO; PELAZ; NUNES, 2018, p. 16, grifos do autor).

Durante o Governo Temer, em 2017, foi lançada a proposta de construção de um novo sistema de saúde para o Brasil divulgada no documento “Coalização Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, elaborada pelo Instituto Coalização Brasil⁵¹. Bravo; Pelaez; Nunes (2018) consideram esta proposta como a medida mais importante do setor privado, até aquele momento. A elaboração do documento reuniu importantes representantes do sistema privado de saúde, sendo o documento final elaborado por 80 especialistas e 30 instituições. Ainda segundo os autores, este grupo já vinha se reunindo antes do lançamento do referido documento, colocando como agenda prioritária as seguintes proposições:

⁵¹ O ICOS surgiu em 2014, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), reunindo uma parte significativa da cadeia produtiva da saúde. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o objetivo da criação da instituição foi influenciar nas eleições federais de 2014. Em 2016, ampliou-se o número de associados, totalizando vinte e quatro, algumas delas: Jonhson & Johnson; Qualicorp e Unimed Brasil; Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaude); Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma); Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (ALVES, 2021, p. 77).

[...] as soluções para os sistemas de saúde público e privado ou simplesmente Sistema de Saúde Brasileiro (e não mais SUS) passam por fortalecer os mecanismos de livre mercado, como as parcerias público-privadas, as OSs e um novo modelo de governança que amplie a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição das políticas de saúde. Como propostas para a governança apresenta novas modalidades de Conselho e Conferências, que consiste em Conselhos formados por especialistas e ligados ao gabinete dos prefeitos, o que consideram mais estratégicos que os Conselhos Municipais de Saúde. Nacionalmente deveria ser criado um Conselho Executivo, também formado por especialistas, com o poder de definir estratégias (MATIAS, 2016). Em junho de 2016 estas propostas foram apresentadas ao Senado Brasileiro em Seminário realizado em parceria com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Associação Médica Brasileira (AMB) e em agosto de 2016 ocorreu uma audiência sobre o tema com o presidente Michel Temer (BRAVO; PELAES; NUNES, 2018, p. 17).

Numa articulação efetiva com o setor privado da saúde, a proposta se baseava na submissão explícita do setor público ao setor privado. Para tanto, propunha-se uma articulação entre público e privado em que a gestão dos serviços ficava sob responsabilidade do setor privado, uma vez que no diagnóstico apontado pelo documento uma das principais falhas do sistema público seria a gestão.

Silva; Santos; Correia (2021) destaca que esta proposta estava em consonância com as recomendações do Banco Mundial para a Cobertura Universal de Saúde (CUS), a qual vai na mesma direção de criação de um novo sistema de saúde, em que os princípios da universalidade e a gratuidade são substituídos por um sistema misto estatal-privado.

Desse modo, o governo Temer, condensa um conjunto de medidas que atacam ao SUS e aos princípios da reforma sanitária. Além disso, as ações buscavam efetivar uma reforma do sistema de modo a inviabilizá-lo como previsto constitucionalmente. Na verdade, colocou-se em xeque a própria concepção de direito à saúde e se agudizou cada vez mais na contrarreforma da saúde. Conforme analisado por Bravo, Pelaez; Pinheiro (2018), durante esse governo algumas medidas tiveram continuidade e outras foram aprofundadas. Alguns exemplos são: o processo de privatização *não clássica* na saúde, o congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental⁵² e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

⁵² Em 2019, somente do Ministério da Cidadania, que é o responsável pelo programa de comunidades terapêuticas, saíram mais de **R\$ 81 milhões**. No ano passado, o valor chegou a **R\$ 134 milhões**, um aumento de **65%**. Nesse mesmo período, na rede de atendimento psicossocial a dependentes de álcool e drogas do SUS, os chamados CAPS AD, o aumento foi de **11%**. (FANTÁSTICO, 2022, p. 1)

As contrarreformas na saúde vêm tendo continuidade durante o governo Bolsonaro. Este governo tem se caracterizado, de acordo com Bravo, Pelaez e Menezes (2020) pelo extremo liberalismo econômico, o temor das mobilizações e o desprezo pela democracia com participação popular.

Outro aspecto que tem diferenciado o Governo Bolsonaro dos anteriores são os traços fascistas que tem se explicitado. Mattos (2019) afirma que “o governo Bolsonaro, ou o regime político brasileiro, tenham assumido uma característica abertamente fascista, mas alerta para uma dinâmica de ‘transição para o autoritarismo’, ‘que pode ou não reunir todas as características clássicas do fascismo’” (2019, p. 18);

O autor apresenta um conjunto de elementos que reforçam a tese de ser este um governo fascista, ou como ele qualifica: (neo)fascista, tendo em vista a especificidade do momento histórico atual e pelo que já foi sinalizado anteriormente. Dentre esse conjunto, é destacado o conteúdo das declarações proferidas na trajetória política do presidente, as quais envolvem a

[...] apologia à violência, especialmente contra os chamados ‘bandidos’, mas também contra tudo o que identifica como ‘esquerda’, o que inclui partidos e partidários de todo o espectro que vai da centro-esquerda moderada ao que é comumente definido como ‘esquerda radical’. Mas ‘esquerda’, na fala de Bolsonaro, inclui também todo tipo de movimentos em defesa dos direitos humanos, contra as opressões de gênero e a LGBTfobia, ecológicos e de defesa indígena, além de professores cientistas, artistas e produtores culturais em sentido amplo. A apologia a tortura às ditaduras militares latino-americanas se combina em suas falas, assim como nas de seus filhos e apoiadores mais próximos, com um discurso de ódio misógeno, racista, LGBTfóbico e xenófobo, difundido de forma abundante através das redes sociais (MATTOS, 2019, p. 34).

Ainda como elementos que apontam para uma fascistização no governo Bolsonaro observa-se a defesa com ampla difusão de pautas do conservadorismo de caráter moral/sexual, que tem respaldo na bancada evangélica, especialmente dos neopentecostais, as quais foi um dos pontos fortes de sua campanha eleitoral, em 2018, argumentando que as escolas e universidades públicas difundiam a ideologia de gênero e a doutrinação comunista, respectivamente, ameaçando os valores da família tradicional, tema que mobiliza a maior parte dos seus apoiadores.

Segundo Mattos (2019) um aspecto importante desse governo é a ocupação de militares nos três primeiros escalões do governo. “Nenhum governo desde a ditadura militar (e mesmo na maioria dos governos daquele período) teve tantos militares em cargos de primeiro, segundo e terceiro escalão nomeados pelo presidente e seus ministros quanto o de Bolsonaro” (*Ibid.*, p.

36). O ministério da saúde foi um desses espaços, a presença de militares se intensificou durante a gestão do General Pazuello.

Ainda de acordo com o autor:

Diferentemente dos movimentos do fascismo histórico, que partiram da formação de tropas de ataque às organizações da classe trabalhadora como base para constituição dos partidos que disputaram e depois monopolizaram o poder político, a organização partidária na qual se apoia Bolsonaro foi montada ‘de cima’, já voltada para o processo eleitoral (MATTOS, 2019, p. 42).

O autor reafirma a tese de não se tratar de “[...] um governo homogeneamente fascista, muito menos de regime político fascista plenamente implantado, mas o (neo)fascismo não é apenas uma ameaça retórica exibida performativamente nos discursos do presidente e seus apoiadores mais próximos” (MATTOS, 2019, p. 43). Nesse sentido, Mattos faz um alerta sobre as próximas eleições, especialmente às organizações políticas de esquerda, sobre as ameaças concretas em curso no país com o projeto personificado por Bolsonaro, no sentido da insistência de acreditar que o Bolsonaro que chegou ao poder pela via eleitoral, será derrotado de forma pacífica. Assim, acrescenta:

Menosprezar a ameaça bolsonarista, acreditando que será contida pelas mesmas ‘instituições democráticas’ que permitiram sua ascensão, é tão ingênuo e perigoso, por todo o já exposto, quanto abraçar o antipetismo da reação de direita, acreditando que se poderá domá-lo a favor dos interesses da classe trabalhadora (MATTOS, 2019, p. 44).

Mota (2019) é uma das autoras que tem se debruçado em analisar o momento histórico por qual o Brasil vem passando desde o golpe de 2016, destacando o Governo Bolsonaro. Através de uma análise gramsciana sobre a cultura de crise⁵³ e as ideologias do consenso no ultraliberalismo brasileiro. Nesse sentido Mota utilizando-se da análise da categoria hegemonia em Gramsci, afirmar que para este autor a construção da hegemonia do grupo dominante está para além da dominação e exploração no terreno da economia, pois contempla “[...] à formação

⁵³ Termo construído por Mota para tratar sobre as ideologias formadoras de consensos de classe quando da reforma da Previdência Social brasileira nos anos 1990, tratado originalmente em sua tese de doutorado, e posteriormente em seu livro: *Cultura da Crise e Seguridade Social*. Ainda segundo Mota a categoria *Cultura da crise* trata dos mecanismos ideopolíticos que, mediados pelas ideologias do senso comum e fomentados pelos aparelhos privados de hegemonia, socializam ideias, conceitos e proposições através dos quais a burguesia e seus associados tentam tornar universais os seus interesses específicos para obter o consentimento passivo e ativo das classes subalternas em torno do seu projeto societal (MOTA, 2019, p. 136).

de uma cultura que precisa tornar hegemônica e universal a visão de mundo de uma classe ou fração de classe que, sendo dominante, também se pretende dirigente” (MOTA, 2019, p. 136).

E nesse sentido, a autora defende a tese através do seu conceito da cultura da crise, o qual está relacionado a categoria hegemonia em Gramsci, de que, *no leito da crise brasileira, vem sendo gestada uma cultura política da crise que recicla as bases de constituição da hegemonia do capital*, numa associação entre o Governo Bolsonaro com as elites brasileiras, em articulação com a direita internacional e o novo imperialismo, com métodos, conteúdos e formas ressignificados, que se apresenta de modo raso, com uma linguagem ofensiva, sem mediações de civilidade.

Mediadora da ofensiva capitalista em busca da valorização do valor, essa cultura, saturada de ideologias reacionárias, conservadoras e protofascistas, tem no governo Bolsonaro expressões emblemáticas, sob a direção do *ultraneoliberalismo*. Essa direção se referencia em ajustes e medidas de austeridade, ou de *austericídio*, através das contrarreformas do Estado, com destaques para a apropriação privada do fundo público e a mercantilização de políticas [...] (MOTA, 2019, p. 137, grifo do autor).

Ainda que o carro-chefe seja o aprofundamento da contrarreforma do Estado, o Governo Bolsonaro se diferencia dos anteriores na medida que deixa explícito o desmonte na nação, exemplo do que tem feito na pauta ambiental, quando banaliza as diretrizes e normativas dos órgãos que trabalham no monitoramento e preservação da floresta amazônica (MOTA, 2019).

Para Demier (2019) muitos autores têm defendido que a conjuntura brasileira atual se caracteriza por um ataque de forças conservadoras à democracia. Todavia, o autor argumenta que o regime democrático-liberal não estar sendo atacada como um todo, o alvo das forças conservadoras são as liberdades democráticas e os direitos sociais nele contidos.

Outra característica que marca esse governo e seu projeto de poder, é o ataque de forma manipulatória de questões que são sensíveis e que tem ressonância no senso comum. Segundo Mota, “[...] tais questões são marcadas por procedimentos eivados de regressividade civilizatória e laivos protofascistas, expressos em manifestações discriminatórias, racistas, machistas e de assustadora ignorância, para atingir sujeitos políticos insurgentes” (2019, p. 139). Desse modo, o Governo Bolsonaro tem apostado em temas que agregam *likes* e engajamento nas redes sociais – seu principal veículo de comunicação com seus seguidores – ao mesmo tempo que provoca diversos setores a se manifestar, na medida que tem como temas a família, as mulheres, orientação sexual, devastação do meio ambiente, povos originários e quilombolas, dentre outros temas que a nosso ver não são tomados por acaso.

Para Iasi (2019) estamos diante de dois momentos, da manifestação do senso comum. “O primeiro que expressava os movimentos da luta de classes no momento da crise da autocracia burguesa e do processo de democratização, o segundo que expressa a crise desse processo e sua negação pelos limites da política de conciliação de classes” (p. 428). O segundo movimento seria o mais efetivo, na argumentação do autor, por ser a expressão ideal de uma ordem capitalista dentro dos valores, comportamentos, juízos, por ela defendidos, que captura a consciência de muitos indivíduos para reproduzir sua ideologia burguesa.

Esse aspecto faz com que uma política claramente contrária aos interesses dos trabalhadores encontre entre as massas as bases de sustentação, passiva, mas por vezes ativa, que desequilibra a correlação de forças e sustenta a reação política. Isso implica que qualquer perspectiva transformadora tenha que lutar não apenas contra seus inimigos de classe, mas contra significativos setores da classe trabalhadora capturados pela ideologia dominante (IASI, 2019, p. 429).

Tendo como referência gramsciana os aparelhos privados de hegemonia, Iasi chama atenção sobre o papel fundamental que estes desempenham na reprodução da ideologia dominante, mediando “[...] os valores interiorizados de uma ordem como consciência imediata e os interesses dominantes em luta por sua supremacia” (*Ibid.*, p. 429). Como já identificado por Gramsci e reafirmado por Iasi, as instituições religiosas, os meios de comunicação de massa, dentre outras são os meios utilizados para reprodução a hegemonia da ideologia burguesa.

Para Mota (2019) o que parece particularizar essa onda conservadora em prol do mercado e da subtração da intervenção do Estado é o ultraneoliberalismo, o qual segundo a autora ganha uma particularidade no caso brasileiro e latino-americano, configurando-se como “[...] uma resposta política de tónus imperialista e neocolonista ao social-liberalismo e à onda neodensenvolvimentista que vigeram no subcontinente na primeira década deste século” (MOTA, 2019, p. 140). Nessa direção a autora aponta três aspectos que considera como resposta às radicais exigências do capitalismo contemporâneo, são elas: os novos meios de exploração do trabalho, à expropriação de direitos e à apropriação financeirizada do fundo público e das rendas do trabalho.

A continuidade dessa onda conservadora com Jair Messias Bolsonaro, com as bandeiras da ultradireita e do ultraliberalismo, demonstrou-se na escolha do ministro da economia, Paulo

Guedes⁵⁴, aprofundando assim os ataques aos direitos sociais e trabalhistas no Brasil, respondendo as demandas do capital em crise.

A partir de várias fontes de dados Bravo; Pelaez; Menezes analisaram o primeiro ano do governo Bolsonaro no que concerne especialmente à política de saúde. Ao analisarem o Programa de Governo Bolsonaro intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” (O CAMINHO DA PROSPERIDADE, 2018) as autoras buscaram identificar, nas quatro páginas dedicadas a saúde, a agenda para o setor.

Nesse percurso, foi possível observar que o documento omite várias questões relativas à saúde, como exemplos o financiamento e a relação do setor privado com o SUS. Consta no documento a preocupação das relações do governo com o setor privado da saúde suplementar e como enfrentar as judicializações no SUS. Uma das propostas apresentadas é de se “[...] utilizar toda força de trabalho da saúde pelo SUS e que todo médico possa atender a qualquer plano de saúde, compartilhando esforços da área pública com o setor privado, como forma de garantir acesso e evitar a judicialização” (PSL, 2018 *apud* BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 199). Quanto à privatização do setor, o documento defende a privatização irrestrita da saúde, sob o argumento de se alcançar a eficiência econômica, bem-estar e equilíbrio das contas públicas.

No que se refere aos trabalhadores do SUS, o documento sinaliza duas propostas: a criação da carreira de Médico do Estado a fim de descentralizar a concentração de médicos para as áreas mais remotas e carentes do país e a tecnificação dos agentes comunitários de saúde para que possam atuar no controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Esta proposta foi apresentada posteriormente, junto com a tentativa de reforma da atenção básica.

Ao assumir a presidência, Bolsonaro nomeou como Ministro da Saúde o médico Luiz Henrique Mandetta que, assim como o ministro anterior, Ricardo Barros, durante o Governo Temer, tinha fortes vínculos com os planos privados de saúde. Em sua trajetória profissional, Mandetta “[...] havia sido presidente da Unimed e teve sua campanha para deputado federal, em 2014, financiada pela Amil, forte associada do ICOS” (CORREIA, 2022, p.83). Em consonância com a agenda defendida pelo ICOS, o ministro, em entrevista concedida ao programa Roda Viva, na TV Cultura, defendeu o fim da gratuidade universal do SUS. (CORREIA, 2022).

⁵⁴ Economista experiente no mundo dos negócios, bastante conhecido no mercado de ações, o banqueiro Guedes participou da equipe responsável pelas reformas econômicas neoliberais do Governo Pinochet, no Chile (NOMERIANO, 2022, p. 175).

Na perspectiva do sistema de saúde liberal, em que saúde é um bom negócio, Mandetta assinou junto com o presidente o Decreto nº 10.283, em 20 de março de 2020, para agilizar a privatização da Atenção Básica, com a instituição da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), “serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos” (art. 6º do Decreto nº 10.283/2020).¹⁵ No intuito de acelerar essa privatização, o presidente Bolsonaro emite o Decreto nº 10.530, em 26 de outubro de 2020, inserindo a “atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República [...]” (*Ibid.*, p. 83-84).

As propostas de revisão da política de saúde voltaram-se também para a população indígena, com a proposta de modificação do subsistema de atenção à saúde indígena com a transferência deste para os municípios. Esta proposta sofreu duras críticas por parte de representações indígenas (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

Outra medida do Governo Bolsonaro foi a reformulação do Programa Mais Médicos, sob ao argumento de torná-lo mais técnico e menos político, o qual passou a ser denominado Programa Médicos pelo Brasil através da Lei 13.958/2019, no âmbito da atenção primária. Todavia, o que de fato aconteceu foi o desmonte do mesmo com a saída dos médicos cubanos. Como parte desse conjunto de mudanças e ataques, o governo criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps). Para Cislighi (2021), a criação da agência é mais uma medida que agudiza o avanço de mecanismos ultraneoliberais de privatização da política de saúde através da transferência de fundo público para o setor privado e precarização dos trabalhadores da saúde.

A ADAPS é um serviço social autônomo⁵⁵ na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde em caráter complementar e colaborativo com outros entes da federação, além de executar o Programa Médicos pelo Brasil por meio de contrato de gestão com o MS (CISLAGHI, 2021, p. 21).

No que se refere a Política de Saúde Mental, está se tornou um dos alvos principais desse governo. Um dos destaques foi a Nota Técnica nº11/2019, divulgada pela Coordenação Geral

⁵⁵ O Serviço Social Autônomo é uma forma de privatização de serviços anterior à contrarreforma do Estado de Cardoso e, até o momento, pouco utilizada para a privatização da gestão e terceirização dos contratos de força de trabalho na saúde. Foi criado por lei específica para compor o sistema S na década de 1950. O mais famoso Serviço Social autônomo é a Fundação das Pioneiras Sociais, criada pela lei 8246 de 1922, atual administradora da Rede Sarah de hospitais, considerada entidade paraestatal sem fins lucrativos. Segundo Vecina Neto (2006), essa fundação tornou-se Serviço Social Autônomo após a Constituição de 1988 para evitar tornar-se uma autarquia. O objetivo de seus idealizadores, com isso, era manter a força de trabalho “celetista e demissível”. Assim, em outubro de 1991 passou a administrar a Rede Sarah por contrato de gestão, o primeiro na saúde brasileira, sendo seus recursos exclusivamente oriundos do orçamento da União (CISLAGHI, 2021, p. 21).

de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Segundo Bravo, Pelaez e Menezes, dois motivos principais geraram preocupação por parte dos defensores dessa política, são eles:

1. reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Diversas entidades, como Abrasme e Abrasco, verbalizaram ser contrários ao conteúdo da Nota Técnica e o Conselho Nacional de Saúde emitiu recomendação em defesa da perspectiva antimanicomial e contra os retrocessos defendidos na Nota, o que contribuiu para que o documento fosse retirado do ar (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 201-202).

Uma das propostas apresentada pelo Ministro da Economia, Paulo Guedes, afetava diretamente a política de saúde: a criação de um *voucher* para a saúde e educação. O fundamento da proposta tinha como base o fortalecimento do setor privado, tendo em vista que o *voucher* funcionaria como uma “vale saúde”, a ser entregue pelos usuários para empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas”. Ainda segundo as autoras esta proposta vai de encontro aos princípios que orientam o SUS, pois “deseestrutura a organização do atendimento por níveis de atenção e desconsidera a atenção básica como porta de entrada”. Além disso, repassa para o setor privado a atribuição do Estado de prestação dos serviços e ações de saúde (*Ibid.*, p. 202).

Em 2020, o mundo assiste a emergência da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, considerada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020 (Opas Brasil, 2020). A pandemia acirrou os problemas em todas as esferas: econômica, política e social, agudizando as desigualdades sociais existentes. De acordo com Cislighi a pandemia “[...] representou uma nova rodada de oportunidades para a apropriação da riqueza e subsunção da atividade humana a sua órbita” (2021, p. 18). Nesse sentido, a autora aponta que

[...] o lucro das 500 maiores empresas do mundo cresceram 156 entre 2009 e 2019. Em 2020, em plena pandemia, as 32 empresas mais lucrativas do mundo vão faturar mais U\$ 109 bilhões do que a média dos últimos quatro anos fazendo com que a fortuna das 25 pessoas mais ricas do mundo tenha crescido U\$ 255 bilhões entre meados de março e o fim de maio. As seis maiores empresas da indústria farmacêutica ampliaram em U\$ 16 bilhões seu faturamento durante a pandemia (OXFAM, 2020). No Brasil, os planos de saúde triplicaram seus lucros entre o primeiro e o segundo semestre de 2020. (CISLAGHI, 2021, p. 18).

No Brasil, a condução do Governo Bolsonaro diante da pandemia foi a de colocar em dúvida tanto a gravidade da doença como do aumento do número de casos e óbitos computados. Segundo Soares, Correia e Santos (2021), o Governo Bolsonaro promoveu uma política de desarticulação no enfrentamento a Covid-19. Isto se deu por conta da falta de uma intervenção nacional conduzida pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios, “[...] promovendo, intencionalmente, uma fragmentação de decisões por parte dos governos estaduais e municipais” (p. 120).

As medidas seguindo esse direcionamento podem ser evidenciadas na falta de investimentos do Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento da Covid-19 até o final de julho de 2020. Apenas 30% dos recursos destinados ao MS haviam sido efetivamente gastos. Enquanto isso, o governo “[...] liberou R\$ 1,216 trilhão para o sistema financeiro, sob o argumento de combater os impactos negativos da pandemia, visando manter a continuidade das suas operações” (SOARES; CORREIA, SANTOS, 2021, p. 122).

Durante a pandemia o processo de privatização *não-clássica* no SUS teve continuidade e foi ampliado. Os vários hospitais de campanha criados pelo país, durante a explosão de casos de COVID-19, foram entregues para serem geridos por modelos privatizantes, de modo geral por meio da contratualização com Organizações Sociais (OS).

Ainda sobre a privatização da saúde, o governo Bolsonaro, publicou o Decreto 10530, o qual tinha a intenção de fomentar ao setor de atenção primária à saúde através do Programa de Parceria de Investimento (PPI) visando a parceria com a iniciativa privada para a construção, modernização e operação de Unidades Básicas de Saúde, todavia a repercussão negativa e mobilização da sociedade denunciando mais uma tentativa de ataque ao SUS, fez o governo recuar do decreto (CISLAGHI, 2021).

O comando do Ministério da Saúde, durante a pandemia, foi ocupado até o momento por (4) quatro diferentes ministros.⁵⁶ Os direcionamentos às vezes se basearam em dados científicos. Entretanto, prevaleceu, na maior parte do tempo, o negacionismo propagado pelo Presidente da República. Este direcionamento ficou mais evidente durante a gestão interina do General de Divisão do Exército Brasileiro, Eduardo Pazuello. O militar da ativa fazia parte da

⁵⁶ De acordo com Soares, Correia e Santos (2021, p. 122) “[...] o primeiro ministro, Luís Henrique Mandetta, apesar de representar os interesses privatistas, tentou conferir um mínimo de racionalidade científica ao enfrentamento da pandemia, a despeito de não questionar o parco aporte de recursos e outras medidas mais ampliadas de enfrentamento. O segundo ministro, Nelson Teich, não tinha nenhuma experiência de gestão no SUS e também representava interesses do mercado privado, tendo construído sua carreira nesse setor. Ambos deixaram o ministério (ou foram demitidos) pela falta de alinhamento científico com as posições negacionistas do presidente Jair Bolsonaro”.

gestão anterior do Ministério da Saúde, dirigida por Nelson Teich, como secretário-executivo do MS. Assumindo interinamente o Ministério, o General, em 19 de maio de 2020, liberou o uso da hidroxicloroquina e cloroquina para o tratamento da Covid-19 (AUGUSTO; LORRAN, 2022), mesmo sem comprovação científica da sua eficácia. Em junho do mesmo ano foi efetivado como Ministro da Saúde, sem nenhuma experiência ou formação na área da saúde. Diferente dos demais, implementou um processo de militarização do Ministério, com a maior parte dos cargos do alto escalão sendo ocupado por militares. Por fim, promoveu, ainda, a restrição de acesso a informação e dados sobre a pandemia durante sua gestão.

Em março de 2021, o Ministro Eduardo Pazuello é substituído pelo médico cardiologista Marcelo Queiroga. Na condução da pandemia o Ministro, seguindo a postura negacionista e antivacina do presidente Jair Bolsonaro, declarou em uma coletiva de imprensa, no dia 07 de dezembro de 2021, ser contra o passaporte vacinal, repetindo a declaração do presidente Bolsonaro que “às vezes, é melhor perder a vida do que perder a liberdade” (ANSA, 2022, p. 1). Segundo Correia (2022, p.84), o ministro “[...] não deixou dúvidas sobre para qual classe estava trabalhando ao anunciar a necessidade de reformular o SUS”. Em aliança com os setores privados da saúde, em especial aqueles da saúde suplementar, o ministro vem defendendo o fortalecimento do setor privado da saúde com subsídio do Estado, demonstrando o avanço da contrarreforma e a funcionalidade do Estado no atendimento dos interesses da burguesia empresarial da saúde.

Em setembro de 2021, na gestão de Queiroga, foi aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) a Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Covid-19 (PNSS/Covid-19). Conforme Correia (2022), houve críticas à criação dessa política pois, como citado anteriormente, a necessidade de uma política nacional do SUS direcionada pelo Ministério da Saúde, desde o início da pandemia, nunca foi construída pelo Governo Federal. Pelo contrário, a política adotada foi de uma desarticulação proposital.

A melhor resposta à pandemia não veio do setor privado e muito menos dos planos de saúde, mas do SUS. O CNS fez uma contundente crítica em Nota Pública à PNSS/Covid-19, argumentando que desde o início da pandemia o setor privado, a ANS e o CONSU não conseguiram coordenar nem oferecer respostas suficientes à crise sanitária (CNS, 2021). Não houve cessão de leitos privados disponíveis para atendimento de pacientes em fila única com o SUS nem ampla testagem da Covid-19 para os usuários de planos de saúde. A Nota conclui, assim, que a PNSS/Covid-19 se utiliza da pandemia como justificativa para emplacar uma agenda de fortalecimento do mercado de saúde suplementar em detrimento do SUS (CORREIA, 2022, p. 84).

Concordamos com Soares; Correia e Santos ao afirmar que a pandemia da Covid-19 deixou claro o projeto protofascista do governo Bolsonaro, evidenciado nas milhares de mortes de brasileiros, sobretudo de pretos e pobres. Elas poderiam ter sido evitadas uma vez que “[...] ao contrário de articular e organizar o enfrentamento, a política de saúde do governo federal desarticulou e desorganizou as respostas necessárias e urgentes requeridas” (2021, p. 123).

Em face do exposto depreende-se que tanto o Governo Temer como o Governo Bolsonaro, apesar de suas particularidades, apresentam agendas e medidas efetivas no sentido de favorecer o setor privado da saúde, em detrimento do SUS. Um exemplo concreto é o caso das propostas de reforma do sistema de saúde, visando consolidar o setor privado como ordenador do sistema público de saúde, além da efetivação do "desfinanciamento" do SUS com a EC96/2016, promovendo como afirma Bravo, Pelaez e Menezes (2020) uma completa subordinação do SUS ao mercado.

Ressaltamos, ainda, que é preciso analisar esse processo dentro de uma perspectiva de totalidade, sem perder de vista a particularidade brasileira. Nesse sentido concordamos com Mendes e Carnut (2021) ao afirmar que:

Não se trata apenas de uma crise restrita ao trágico desdobramento do golpe institucional de 2016, acompanhado de uma blindagem da democracia aos interesses dos setores populares (DEMIER, 2017). Não se trata de uma crise limitada à ofensiva conservadora do governo Bolsonaro contra os direitos sociais e democráticos (ARCARY, 2019). Trata-se de reconhecer a dimensão da crise na saúde pública como parte integrante da crise do capitalismo em suas formas sociais determinantes: a crise da forma mercadoria, no que diz respeito à acumulação e à valorização do valor; a crise da forma política estatal, sobre as crescentes “modalidades privatizantes de gestão das políticas sociais” e dos ajustes fiscais permanentes; e da crise da forma jurídica consoante com a forma política estatal, evidenciando a crise da forma direito (PACHUKANIS, 2017; MASCARO, 2018), em particular, do direito à saúde (MENDES; CARNUT, 2021, p. 11-12).

Nesse sentido a crise da saúde pública brasileira não se restringe à conjuntura econômica, política e social do país, mas está inserida na dinâmica do capital em escala mundial, no contexto de crise do capital e de dominação financeira. Na busca incessante em recompor suas taxas de acumulação, o sistema do capital vem utilizando-se de mecanismos de diversas ordens, que como visto incluem as contrarreformas do Estado, com o agravamento das condições de exploração do trabalho, o desemprego crescente e a retirada dos direitos sociais, além da voracidade sobre os recursos do fundo, para citar alguns. Este quadro tem demonstrado o acirramento da crise estrutural do capital.

O próximo item busca entender o papel do fundo público na dinâmica contemporânea

do capital, destacando o mecanismo da dívida pública e suas implicações para o financiamento da política de saúde. Entende-se dessa maneira que a necessidade de abordar esse tema é uma mediação importante no entendimento da captura do fundo público da política de saúde que se desdobra em outros fenômenos, como o da privatização e mercantilização da saúde, sob o protagonismo do Estado.

3.5 A relação entre fundo público e dívida pública e seus impactos no financiamento da política de saúde

Como visto anteriormente na primeira seção desta investigação, a crise do capital marcada pelos processos de reestruturação produtiva, reordenamento do Estado e predominância das finanças, vai compor o quadro de mudanças em que o fundo público passa a ser requisitado cada vez mais a favor dos interesses do capital.

A ordem monopólica contemporânea e o novo papel do Estado diante das necessidades do capital financeiro e do caráter parasitário do capital imperialista implica uma apropriação singular da riqueza socialmente produzida. Todo esforço produtivo da força de trabalho é dilapidado para garantir as condições de lucratividade predatória do capital monopolizado, a saúde do capital financeiro e o bem-estar do fluxo de capitais para a concentração privada nas mãos de menos de 1% dos segmentos mais ricos e do centro do sistema imperialista. No centro desse drama encontra-se a “disputa” pelo fundo público (IASI, 2019, p. 429-430).

No Brasil estes processos ganham destaque a partir dos anos 1990, com a entrada mais efetiva do receituário neoliberal na programática governamental a partir de Collor de Mello e com mais vigor com Fernando Henrique Cardoso. Para tratarmos sobre a captura do fundo público no Brasil, em especial sobre o orçamento da saúde, um importante elemento de apropriação do fundo público pelo capital, em sua face de capital portador de juros e capital fictício, precisa estar presente nesta análise: o mecanismo da dívida pública, o qual apresenta relação com o desfinanciamento das políticas sociais, dentre elas a saúde. Segundo Santo e Mendes:

Além disto, corresponde a um instrumento de fundamental importância para o Estado realizar políticas econômicas necessárias ao crescimento e ao desenvolvimento capitalista, assegurando a reprodução ampliada do capital. Seja por uma ou por outra razão, o peso da dívida na despesa do Estado é crucial para compreender o tamanho da sua importância para o movimento mais geral do capital, especialmente, sob a dominância do capital portador de

juros e de sua face mais perversa, o capital fictício (SANTO; MENDES, 2016, p. 26).

Lavinas e Gentil (2018) corroboram com essa análise, ao afirmar que no Brasil a dívida pública interna aliada a uma política monetária conservadora é o eixo principal da acumulação rentista no país, este processo tem fomentado “[...] a concentração da riqueza nas mãos dos detentores dos títulos da dívida pública predominantemente bancos nacionais e estrangeiros (praticamente metade), fundos de investimento e fundos de pensão, seguradoras e grandes empresas globais (Bruno *et al.*, 2011)” (LAVINAS; GENTIL, 2018, p. 197, grifo do autor).

Tendo em vista a manutenção da política econômica ancorada nas metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, conforme Santo e Mendes, a adoção desta política tem trazido constantes dificuldades na implementação de políticas de infraestrutura e, principalmente, das políticas de seguridade social. E nesse sentido, o contexto econômico de implantação das políticas sociais no Brasil, é totalmente distinto dos países capitalistas avançados europeus na construção de seus sistemas de proteção social. “Naquele passado, havia plenitude de recursos, nesse atual tempo histórico estes são disputados com o capital financeiro, cujo interesse é manter o pagamento dos juros da dívida pública e acessar recursos antes impedidos” (*Ibid.*, p. 26).

Ainda segundo os autores o fundo público ganhou destaque nesse período, Keynesiano, com uma forte intervenção do Estado por meio de políticas sociais. Citando Oliveira (1998), o Estado de bem-estar social keynesiano inaugurou um padrão determinado de financiamento das contas públicas, além de ter tornado o fundo público uma via de mão dupla, a medida que financia a acumulação capitalista e ao mesmo tempo a reprodução da força de trabalho, a exemplo de políticas sociais. Todavia, Mendes e Santo ressaltam que apesar do fundo público ter recebido destaque nesse momento, ele sempre participou historicamente da constituição do sistema capitalista, já no processo de acumulação primitiva. Marx já chamava atenção do mecanismo da dívida pública, como primeira forma do capital fictício de se apropriar privadamente dos recursos de toda a sociedade.

Citando Lupatini (2012, *apud* SANTO; MENDES, 2016) a dívida pública ganha importância no processo de reprodução do capital, através de uma classe de credores autorizados, nesse caso pelo Estado, a retirar antecipadamente para si um montante dos impostos, “[...] a dívida pública torna-se uma ótima saída para o capital em busca de proteger-se da desvalorização e prosseguir na eterna expansão” (SANTO; MENDES, 2016, p. 30).

Segundo Brettas (2013) historicamente o fundo público ganha destaque na dinâmica capitalista durante o período do Estado de Bem Estar Social e durante a crise capitalista desencadeada nos finais dos anos 1960 e início dos anos 1970 esse processo se intensifica, na medida que o Estado se reconfigura mudando sua forma de atuar através de políticas sociais e econômicas, as quais tem relação direta com o fundo público. “A intervenção direta do Estado na produção, ainda que não desapareça, perde espaço para uma postura que favorece a rentabilidade financeira, tendo a dívida pública um papel de destaque” (BRETTAS, 2013, p.55).

Salvador (2012) ressalta o papel ativo do fundo público no capitalismo contemporâneo, onde exerce uma função ativa tanto nas políticas macroeconômicas, com vistas a garantir a acumulação produtiva, como também nas políticas sociais, em que o alargamento destas garante a expansão do mercado de consumo.

De acordo com Oliveira (1998) 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 (p. 19-20).

Salvador (2007, p.91), acrescenta que,

o fundo público está presente no processo de produção e reprodução do capital enquanto: 1 [...] fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desoneração tributária, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção que viabilizam [...] a reprodução do capital; 2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor; 3. Por meio das funções diretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para empresas; 4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas.

Nesse debate sobre o fundo público, Brettas (2013) chama atenção para algumas abordagens que tratam do tema, as quais muitas vezes são conduzida como uma questão puramente técnica, reduzindo seu entendimento aos recursos arrecadados por meio de impostos pagos pelos contribuintes, os quais precisam ser gastos de forma eficiente e responsável. Fazendo assim parecer que todos os contribuintes estão “[...] em pé de igualdade, tanto do ponto

de vista da contribuição, quanto da capacidade de definição na forma como deve ser seu dispêndio” (*Ibid.*, p.50). O que por sua vez reforça uma suposta neutralidade no debate reduzindo-o ao discurso do “saber gastar”, ou como adequar receitas e despesas, reafirmando desse modo ser um problema de gestão dos recursos por parte dos indivíduos que estão gerenciando, desconsiderando, principalmente, os aspectos políticos que estão por trás destas afirmações.

Para Brettas (2013) o fundo público é composto por recursos arrecadados através de impostos e contribuições pagos tanto pela classe trabalhadora, quanto por capitalistas. Ressaltando que:

Principalmente nos países em que há uma grande desigualdade de renda e riqueza, como é o caso brasileiro, esta arrecadação não se dá de forma igualitária, muito menos progressiva, de modo que a maior parte advém de parcelas significativas do salário recebido pela classe trabalhadora. Para se ter uma ideia, do total de recursos do fundo público, mais da metade é arrecadada por meio de impostos indiretos (SALVADOR, 2010) e menos de 4% advém de tributação sobre o patrimônio, que seria uma forma de onerar os detentores de propriedade privada. Isto sem falar que, mesmo a parcela paga pelos capitalistas, tem sua origem no trabalho e, portanto, na mais valia extraída por meio da exploração da classe trabalhadora (BRETTAS, 2013, p. 50-51)

É preciso assim analisar o fundo público dentro dessa contradição que é própria da sociedade capitalista, no processo de correlação de forças entre capital e trabalho, “[...] afinal, este é objeto de disputa entre os diferentes interesses da classe trabalhadora e do capital. Sua utilização depende, portanto, da configuração que assume a luta de classes” (*Ibid.*, p. 51). Nessa disputa encontra-se o Estado enquanto gestor do fundo público, o qual não atua de forma neutra, mas estar atravessado pela luta de classes ainda que fundamentalmente esteja comprometido com os interesses da classe dominante.

A supracitada autora reforça em sua análise a exploração tributária da classe trabalhadora, em especial, nesse momento atual de crise do capital em que os capitalistas, por meio do Estado, tem se apropriado cada vez mais do trabalho necessário, ou seja, o valor que ganha para se reproduzir enquanto trabalhador é apropriado pelo capital, via Estado, nas palavras da autora: “Significa dizer que, mesmo a parte do valor gerada pela classe trabalhadora que fica sob seu poder, acaba sendo, em alguma medida, redirecionada para o Estado, sob a forma do pagamento de impostos⁵⁷” (BRETTAS, 2013, p. 57).

⁵⁷A autora cita um documento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), “[...] com base em dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), intitulado *Receita pública: quem paga e como se gasta no Brasil* (BRASIL, 2009), famílias com renda mensal de até 2 (dois) salários mínimos gastam, em média, 50% de sua renda com o pagamento de tributos, ao passo que

O pagamento de imposto por sua vez deveria retornar a classe trabalhadora, principalmente, através de investimentos em políticas sociais de forma a atender as suas necessidades sociais, com políticas sociais de caráter universal, equânime e de qualidade, todavia, a realidade demonstra o inverso com políticas sociais cada vez mais fragilizadas, pontuais e privatizadas.

Ao analisarmos o fundo público no caso específico do Brasil, vários autores entre eles: Salvador (2010), Brettas (2013), Behring (2018) apontam como particularidade a regressividade da carga tributária, a qual faz com que custo social das políticas públicas recaiam sobre a classe trabalhadora. Segundo Mendes e Santo (2016) este é um traço que marca os países periféricos, sobretudo porque não se tem uma tributação maior sobre a renda.

Nessa direção Alves e Santos (2020) também concordam que historicamente há uma desigualdade na arrecadação e na distribuição dos recursos fiscais no Brasil. As autoras afirmam que a arrecadação tributária no país é centrada na tributação indireta, o que significa que são os mais pobres que pagam proporcionalmente mais tributos em relação à sua renda que os mais ricos. “Os impostos diretos incidem predominantemente sobre a renda dos trabalhadores assalariados, e a tributação sobre patrimônio é insignificante” (ALVES; SANTOS, 2020, p. 258)

Nessa direção Salvador (2010, p. 207) afirma: “[...] o sistema tributário brasileiro não colabora para reverter essa situação, pelo contrário, tem sido um instrumento a favor da concentração de renda, agravando o ônus fiscal dos mais pobres e aliviando o das classes mais ricas”.

O fundo público que deveria ser utilizado para financiar as políticas sociais tem sido cada vez mais destinado para a reprodução do capital, a exemplo de subsídios e desonerações às empresas⁵⁸. Behring (2018) identifica esse processo como uma espécie de segundo momento de exploração, agora na forma tributária, já que uma ampla parcela desses recursos não retorna para os trabalhadores na forma de serviços e benefícios.

Conforme Alves e Santos (2020), na fase atual do capitalismo contemporâneo, com a expansão da esfera financeira, há uma intensificação na busca por novas formas de valor através da apropriação do fundo público para a reprodução capitalista. Com isso, o fundo público torna-

aquelas com renda de mais de 30 salários, pagam menos de 30%” (BRETTAS, 2013, p. 57, grifo do autor).

⁵⁸ Um dos mecanismos que demonstram essa redução dos recursos do fundo público para as políticas sociais é a Desvinculação da Receita da União (DRU), que retira recursos da seguridade social para criar superávit primário para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública.

se estruturante no processo de desenvolvimento capitalista, sobretudo devido à correlação de forças presentes. Para O'Connor (1977), as finanças tributárias significam formas de exploração econômica que requer análise de classe.

Não é menos verdadeiro hoje do que no passado que a “proteção, o poder externo e o enriquecimento de algumas classes às expensas de outras são o propósito dos sistemas tributários” e que “a luta tributária é a mais velha forma de luta de classes” - como escreveu Marx a mais de um século. [...] Cada mudança importante no equilíbrio das forças políticas e classistas é registrada pela estrutura tributária. Dizendo de outro modo, os sistemas tributários são apenas formas particulares dos sistemas de classes (O'CONNOR, 1977, p. 203).

O fundo público se forma a partir da mais-valia socialmente produzida, ou seja, do trabalho excedente. Nesse sentido, o fundo público é mais-valor e é trabalho necessário. Ao compor parte do salário que deveria ser pago ao trabalhador, ele passa a ser reconhecido como salário indireto. Behring (2018) identifica processos de expropriações por meio do fundo público quando o salário indireto (apropriado pelo Estado em forma de tributação), em vez de retornar à classe trabalhadora por meio de políticas sociais, é redirecionado ao capital.

Dessa forma, evidenciam-se processos de expropriações não clássicas⁵⁹ (ao tempo que permanecem as formas clássicas apresentadas por Marx), a partir dos quais são extraídos recursos da classe trabalhadora, aprofundando, conseqüentemente, os processos de exploração do seu trabalho, além de gerar a mercantilização de serviços antes aplicados na lógica indireta de exploração. “Trata-se do capital superacumulado na crise, buscando nichos de valorização, via supercapitalização”, explica Behring (2018, p. 205).

Esses processos de expropriações contemporâneas ocorrem tendo o Estado como elemento central para a sua viabilização. Santos (2018) aduz que o Estado brasileiro, desde os anos de 1990, tem sido direcionado a atender, cada vez mais, aos interesses do capital, em consonância com as propostas de ajuste estrutural propugnadas pelo Banco Mundial, que tem orientado a atuação do Estado em parceria com o setor privado na destinação do fundo público. Esse processo vem se intensificando com o aprofundamento da atual ofensiva neoliberal.

De acordo com Mendes (2014), a atual fase do capitalismo contemporâneo tem demonstrado uma dominação da esfera financeira; os interesses do capital portador de juros tendem a se intensificar na busca pelos recursos do fundo público brasileiro. “Nessas circunstâncias, em geral, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, utiliza o fundo público sob a apropriação de parte da receita pública, remunerando os títulos públicos

⁵⁹ Termo utilizado por Behring (2018).

emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro brasileiro” (MENDES, 2014, p. 84).

O fato é que, em tempos de primazia do capital financeiro e da crise do capital, a disputa do fundo público entre o capital e o trabalho tornou-se mais acirrada e profundamente desigual. O capital vem sendo cada vez mais privilegiado em detrimento do trabalho, em razão, especialmente, da financeirização da dívida pública e da diversidade de estratégias adotadas na privatização de serviços públicos, nichos lucrativos cada vez mais rentáveis (CISLAGHI *et al.*, 2012, p. 99).

Para Lavinias e Gentil (2018) uma das faces mais perversas da dinâmica da financeirização da política social no Brasil, revela-se na compra de empresas dos setores de saúde e educação pelo capital estrangeiro⁶⁰.

De acordo com Conceição, Cislighi e Teixeira (2012), a Constituição Federal de 1988 definiu o orçamento do Estado brasileiro em três esferas: o orçamento fiscal, o orçamento das estatais e o orçamento da Seguridade Social. O orçamento das estatais refere-se às empresas geridas pela União direta ou indiretamente, todavia este representa apenas os investimentos realizados no interior dessas empresas, não corresponde a totalidade dos recursos por elas geridos. O orçamento fiscal, por sua vez, é composto pela arrecadação de impostos, estrutura os gastos do Estado, sendo direcionado ao conjunto mais diverso de políticas públicas, desde a defesa nacional aos gastos com o judiciário e o pagamento da dívida pública. “Em suma, abrange todas as políticas setoriais do Estado, exceto aquelas que compõem a seguridade social⁶¹” (CISLAGHI, 2012, p. 100). Por fim, o orçamento da seguridade social composto pelas contribuições sociais, as quais são tributos com finalidade específica que obrigam o Estado a aplicá-las no destino estabelecido no momento em que foram criadas (SALVADOR, 2010, p. 236 *apud* CISLAGHI, 2012, p. 100).

Conforme análise das autoras essas várias fontes de financiamento foi uma forma do legislador procurar dar estabilidade ao padrão de financiamento. Representou uma conquista do ponto de vista legal, tendo em vista que “[...] quando essas políticas eram exclusivamente financiadas pela folha de salários ficavam vulneráveis em períodos de desemprego, gerando

⁶⁰ “Significa dizer que aproximadamente 85% das ações dos casos analisados foram compradas por instituições que, por lei, não estão fundamentalmente implicadas com a qualidade da provisão desses serviços. Interessam-se por dividendos das empresas (caso minoritário) e pela revenda das ações no mercado secundário” (LAVINAS; GENTIL, 2018, p. 202).

⁶¹ Conforme Cislighi *et al.* (2012, p.100): a seguridade social, resultante da Constituição de 1988, é composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, bem como a proteção ao trabalhador desempregado.

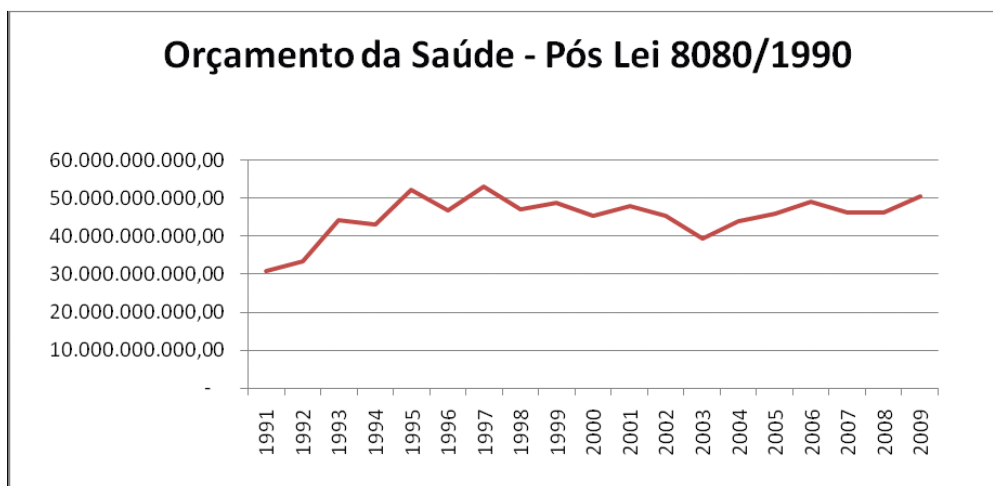
queda do rendimento médio dos trabalhadores e aumento do número de trabalhadores sem vínculo formal de trabalho” (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012, p. 101).

Este esforço em se construir uma estabilidade com diferentes fontes de financiamento encontrou, a partir dos anos 1990, empecilhos para se concretizar com as políticas neoliberais consolidadas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, promovendo uma verdadeira contrarreforma do ponto de vista da classe trabalhadora, que se expressou e se expressa no redirecionamento do fundo público para atender cada vez mais as necessidades de recomposição das taxas de lucro do capital. No plano internacional, “[...] a crise do capitalismo mundial, em curso desde os anos de 1970 e marcada pela queda tendencial das taxas de lucro, levou o capital a disputar cada vez mais os recursos do fundo público” (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012, p.103). Segundo as autoras duas características no campo dos direitos sociais se destacam nesse processo:

[...] (a) um progressivo aumento da privatização na saúde, na educação, na previdência, dentre outros – o que, por sua vez, significou uma ampliação do espaço para investimentos lucrativos do capital; e (b) um também progressivo subfinanciamento das políticas sociais públicas, reduzindo a aplicação do fundo público em seus orçamentos. Com isso, o fundo público passou a ser direcionado para políticas que beneficiam o capital, como é o caso do pagamento da dívida pública, cujos títulos estão nas mãos do grande capital, ou seja, em bancos e fundos de pensão. O Estado passou assim a ser uma espécie de *Robin Hood às avessas*, que tira a renda dos trabalhadores para repassá-la aos grandes capitalistas (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012, p.103, grifo do autor).

Conceição, Cislighi e Teixeira, (2012) fazem uma análise do orçamento da saúde desde o período da implementação do SUS até os anos de 2009, com base no Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI). De acordo com o gráfico e análise realizada pelas autoras o período de crescimento do orçamento público da saúde ocorreu nos anos iniciais de implementação do sistema, com vistas a responder ao princípio da universalidade do SUS. “Depois desse momento, porém, os recursos ficam estagnados numa faixa entre 40 e 50 bilhões de reais, tendo sido financiados, principalmente, pela CPMF até a sua extinção e pela Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL)” (*Ibid.*, p. 105).

Gráfico 1 - Orçamento da saúde – pós Lei 8.080, de 1990 (em Reais)



Fonte: CISLAGHI et al (2012, p. 105)

Como já tratado anteriormente o mecanismo da dívida pública tem se destacado nessa fase do capitalismo sobre a dominância financeira, este tem repercutido no Brasil sobre o orçamento da seguridade social, através da Desvinculação de Receitas da União (DRU), criada em 1994, que se renova a cada quatro anos, instituiu que 20% dos recursos vinculados, não só da seguridade, como também da política de educação, sejam drenados para o orçamento fiscal, permitindo que o governo utilize para qualquer fim. E a partir da Emenda Constitucional nº93 de 2016 (EC93/2016) que alterou esse percentual de retirada do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para 30%, até 2023. De acordo com Mendes e Carnut (2018, p. 25):

Com a elevação do percentual de desvinculação, a subtração de recursos da Seguridade passou de uma média de R\$ 63,4 bilhões, entre 2013 e 2015, para R\$ 99,4 bilhões, em 2016, e R\$ 113 bilhões, em 2017 (ANFIP, 2018). Em síntese, o significado da DRU ao longo de sua existência, correspondeu a uma perda de recursos para a Seguridade Social, entre 1995 e 2017, de R\$ 980,0 bilhões (MENDES; CARNUT, 2018, p. 25).

Segundo Behring (2008) a DRU é central na composição do *superávit* primário, este foi criado nos anos 1999, como forma de ajuste das contas públicas e para pagamento da dívida pública, o montante que é destinado para ele tem sido superior aos gastos realizados com saúde e assistência social.

Outro mecanismo criado sob o argumento da necessidade do ajuste fiscal e que tem repercussões também sobre o orçamento da seguridade social foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), de 2000. Segundo Conceição, Cislighi e Teixeira (2012), com a criação da LRF

houve a limitação de despesas não financeiras do orçamento e priorização de juros. Os governos em todas as esferas passam a adotar este mecanismo para o cumprimento de metas fiscais, entre elas o pagamento da dívida pública aos credores do grande capital, sem por outro lado haver metas no sentido de redução das desigualdades sociais, com a ampliação de recursos para as políticas sociais.

Os recursos da área social passam, assim, a ficar submetidos às necessidades da área fiscal. A responsabilidade fiscal tem a irresponsabilidade social como sua contraface. Uma das principais consequências da LRF foi a limitação na contratação de pessoal, que significou a redução de concursos públicos e a falta de força de trabalho na saúde, na educação e nos demais serviços públicos, nos últimos anos (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012, p. 107).

De acordo com as autoras apesar da existência do Orçamento da Seguridade Social (OSS) a Constituição não definiu percentuais para cada política, bem como não definiu, no caso da saúde, como se daria a participação de cada esfera de governo – municipal, estadual e federal – no seu financiamento (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012).

A transferência de recursos federais da saúde para estados e municípios ocorre fundo-a-fundo, ou seja, os recursos saem do fundo nacional da saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde, sendo necessários para que ocorram tais transferências um conjunto de requisitos, como exemplo a existência de conselhos de saúde municipal funcionando, no caso dos municípios. Todavia, segundo as autoras as transferências fundo-a-fundo não garantiram a autonomia dos municípios na aplicação dos recursos, de acordo com as necessidades locais, tendo em vista os recursos destinados serem definidos previamente.

E nesse sentido a lógica de *transferência fundo-a-fundo* veio como alternativa a lógica de remuneração por serviços produzidos. Todavia, não houve consolidação da primeira e a remuneração por procedimento ou serviços produzido teve continuidade, consolidando por esta via a contratação de serviços da rede privada/filantrópica ao invés de se investir na consolidação da rede pública própria de saúde, prática recorrente no período que antecede a criação do SUS, configurando o que iremos tratar na próxima seção como complementaridade invertida.

O debate sobre o financiamento da saúde ganhou espaço com o projeto de lei para regulamentar a Emenda Constitucional 29⁶² de 13 de setembro de 2000, a qual define

⁶² A Emenda 29/2000 altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

percentuais mínimos de investimento em saúde por União, estados e municípios, a EC deveria ter sido regulamentada em 2004, passando quatro anos tramitando. O Projeto de Lei do Senado (PLS), nº 121/07, de autoria do Senador Tião Viana (PT- AC), foi remetido à Câmara de Deputados e recebeu o número: PLP nº 306/2008. Mas, só em 2011, por iniciativa do governo federal, o projeto foi votado em regime de urgência e não conseguiu avançar em duas pautas importantes que trazia o projeto original: a fixação do percentual de aplicação da União em 10% de sua receita bruta com saúde e a regulamentação do que se considera ações de saúde, limitando-as ao âmbito do SUS, para que os recursos não fossem desviados para outras finalidades como: assistência social, merenda saneamento básico, dentre outras que retiram recursos do SUS. “Observa-se, ainda, que o projeto garantia a transparência e a fiscalização por meio dos Conselhos de Saúde, mas sem incorporar dispositivos atinentes à correção da distribuição desigual dos recursos entre as regiões do país” (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012, p. 114). Ainda segundo as referidas autoras:

Sem os 10% da receita bruta, presentes no projeto original, porém recusado pelo Congresso e pelo governo federal, e com a retirada do Fundeb da base de cálculo, a saúde perdeu com a regulamentação da EC 29. A única possibilidade era a aprovação da CSS, imposto regressivo, que deixaria a saúde praticamente na mesma situação que se encontra hoje. Essa saída teve várias resistências dos parlamentares e da população, na medida em que significa a criação de um novo imposto. (*Ibid.*, p. 116).

Assim, as expectativas e campanhas em torno do Projeto de Lei 121/2007 para regulamentar a EC29/2000 foram frustradas com sua aprovação, a base de cálculo não foi modificada, dando-se continuidade a trajetória de subfinanciamento.

Segundo Scheffer a partir de 2015, os fundamentos políticos e econômicos do SUS foram abalados com a aprovação da Emenda Constitucional nº 86, a qual cristalizou o subfinanciamento do SUS e da Lei nº 13.097, que permite a entrada do capital estrangeiro, direta e indiretamente, nas ações e cuidados à saúde.

Ao impor à União o financiamento de emendas parlamentares individuais e ao vincular a despesa federal da saúde à receita corrente líquida, a EC 86 levará à diminuição de recursos em relação aos valores garantidos pela legislação vigente, que já eram por demais restritivos. Assim, a norma legal potencializa restrições ao financiamento do SUS, que vêm desde o descumprimento da Constituição Federal, que destinava no mínimo 30% do orçamento da Seguridade Social para a saúde, passando pela retirada do Fundo da Previdência Social da base de cálculo dos recursos, até o desvirtuamento da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), dentre outras subtrações (SCHEFFER, 2015, p. 663).

Se o subfinanciamento se cristalizou, a conjuntura de 2016 com o golpe trouxe ainda mais desafios ao financiamento do SUS, dentro da dinâmica da crise política. Segundo Mendes e Carnut, o golpe teve como objetivo manter o pesado ajuste fiscal para assegurar o pagamento dos serviços da dívida pública aos rentistas que lucram com ela, além de acelerar a privatização da economia brasileira para atender ao capital internacional, sendo necessário também cortes dos direitos sociais e trabalhistas.

Assim, tentando confirmar a tese de que o golpe vivenciado no Brasil é mais uma contratendência para destravar a acumulação capitalista e que conta com o Estado para remodelar a forma jurídica a seu favor, é que se tem na democracia o seu principal alvo (MENDES; CARNUT, 2020, p. 21-22).

Os autores avaliam que a discussão em torno do financiamento do SUS tem sido difícil em meio ao contexto de barbárie do capitalismo contemporâneo em crise. Tendo em vista que mesmo após 30 anos de existência do SUS o Estado brasileiro não deixou de conceder incentivos à iniciativa privada, ao tempo que o gasto público com saúde comparados em relação ao PIB nos últimos três anos tem sido inferior ao gasto privado. Em 2015, segundo Mendes o gasto privado foi de 5,2% do PIB, enquanto que o gasto público do de 3,9% do PIB.

Nessa direção vários autores argumentam, entre eles Mendes, que o período de existência do SUS tem sido acompanhado por uma trajetória de subfinanciamento. De acordo com Mendes e Carnut (2020, p. 15) “[...] para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito”.

Para os supracitados autores as décadas de subfinanciamento do SUS precisam ser melhor compreendidas a partir da crise capitalista contemporânea, que tem no Estado seu principal aliado no sentido de restringir o orçamento público, a partir da adoção de ajustes fiscais pelos governos.

Tais ajustes respondem às exigências do capital portador de juros (financeiro), e de sua forma mais perversa, do capital fictício, que buscam se apropriar do fundo público para a sua expansão rentista. Desta forma, revela-se a sintonia entre a crise da forma mercadoria, a crise da forma política estatal e a crise da forma direito, obstaculizando a possibilidade de se assegurar a efetivação do direito à saúde, à medida que se mantém a expropriação dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, ao longo desse tempo de 30 anos de Constituição “Cidadã” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 23-24).

De acordo com os autores a partir do golpe institucional de 2016, o esmagamento do financiamento do SUS tem ganhado um ritmo acelerado. “Intensificou-se no governo Temer a lógica da política econômica restritiva a uma potência, jamais perseguida nos últimos 30 anos” (*Ibid.*, p. 26). Nessa direção o subfinanciamento crônico deu lugar a um processo de desfinanciamento, com a introdução da Emenda Constitucional 95/2016.

Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento, “a conta-gotas” das tentativas de construção de nosso sistema universal. Trata-se, especificamente, da introdução da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, seguindo orientação do Documento “Ponte para o Futuro” (*Ibid.*, p. 26).

Como visto anteriormente tanto a EC 95/2016 como o documento uma “Ponte para o Futuro” são marcas do governo Temer. A promulgação da emenda teve como argumento a necessidade de limitar os gastos públicos pelos próximos vinte anos, sendo limitada as despesas primárias, como saúde e educação, ficando de fora as despesas financeiras, como a manutenção do pagamento dos juros da dívida aos rentistas, ou seja, assegurando as demandas do capital em detrimento da classe trabalhadora. Segundo Mendes e Carnut (2020) houve uma deterioração do gasto público em saúde, já historicamente insuficiente e subfinanciado.

Os pisos federais de 2018 e 2019, calculados em acordo à regra dessa Emenda, representam, na realidade, uma redução de recursos para a saúde pública no Brasil. Isto porque, a base fixa é de 2017, sendo 15,0% da RCL (R\$ 727,3 bilhões) desse ano, o que corresponde a uma aplicação de ações e serviços públicos de saúde de R\$ 109,1 bilhões. A variação para os anos posteriores ocorre apenas por meio do IPCA/IBGE. Então, observa-se uma queda dos percentuais utilizados, sendo 13,95% em 2018 (R\$ 112,3 bilhões), reduzindo em R\$ 4,2 bilhões seu valor real em relação aos 15% da RCL (R\$ 116,6 bilhões). Se somarmos a perda de 2018 com a de 2019 – (estimada), com base nos parâmetros apresentados na Lei Orçamentária de 2019 –, apura-se 13,85% da RCL (R\$ 117,2 bilhões), atingindo o patamar de R\$ 9,7 bilhões que são retirados da saúde em dois anos, já que nesse ano a relação aos 15% da RCL deveria corresponder a R\$ 127,0 bilhões. (FUNCIA; SANTOS, 2019 *apud* MENDES; CARNUT, 2020, p. 27).

De acordo com Cislighi (2021, p. 18) antes mesmo do início da aplicação dos dispositivos da EC 95, os recursos do Orçamento da Seguridade Social já vinham sofrendo redução “[...] de 1,7% já de 2016 para 2017: 2,8% de redução na Assistência Social, 0,2% na Previdência Social, e 7% de redução no orçamento da saúde, o mais significativo, portanto”. Quando comparado o percentual destinado ao orçamento da saúde com os juros e amortizações da dívida pública, “[...] em 2017 o total do orçamento da saúde em 2017 representava apenas

19,8% do gasto previsto com juros e amortizações da dívida pública” (CISLAGHI, 2021, p. 19).

Cislaghi (2021) avalia que dentre as políticas da Seguridade Social, a saúde é a política com o desfinanciamento mais significativo. Com a instituição da EC95 a perda de recursos federais pode chegar a pelos

R\$ 654 bilhões podendo alcançar R\$ 1 trilhão em 20 anos, dependendo do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) do país (PELAEZ et al, 2020). Em valores per capita, o ápice de gastos do SUS se deu em 2014 com R\$ 595 anuais. Em 2015 essa média se reduz para R\$ 581, iniciando uma trajetória de queda que, a partir da entrada em vigor das regras do teto de gastos na saúde em 2018, associado a recessão econômica, atingiu em 2019 R\$ 558 per capita. O gasto público em relação ao PIB passou de 3,17% em 2002 para 4,06% em 2017, quando todos os especialistas apontam que o mínimo necessário deveria ser de 6% (OCKÉ, 2020) (CISLAGHI, 2021, p. 18).

A autora pontua uma outra preocupação neste debate referente a legislação sobre emendas parlamentares⁶³ impositivas⁶⁴ vigentes desde 2016, as quais tem sido utilizada como parte do orçamento da saúde, e quem em 2019 se estenderam a emendas de bancadas dos partidos. A preocupação colocada pela autora é que esses recursos podem significar a ampliação de políticas clientelistas, pontuais, focalizadas, e acrescentar-se-ia outro elemento: eleitoreiras, destituídas de uma interlocução isonômica para estados e municípios, “[...] esvaziando o orçamento de programas estruturais e do planejamento estratégico da política de saúde” (CISLAGHI, 2021, p. 18). Carnut *et al.* (2021) as despesas com emendas parlamentares são de duas natureza: de custeio e de investimento. As de custeio se referem à manutenção dos serviços, já as de investimento são destinadas à aquisição de novos equipamentos e, de forma geral, à ampliação dos serviços. Segundo os autores o orçamento federal é bastante dependente

⁶³ Segundo Carnut *et al.* (2021, p. 468) as emendas parlamentares, contrariando a lógica do orçamento planejado, tendem a romper com as características típicas do processo de planejamento de longo prazo, o que, em termos concretos, gera desinvestimentos nas políticas, que (se adotados os devidos critérios) poderiam reduzir as desigualdades sociais em uma perspectiva longitudinal. Em síntese, pode-se dizer que as emendas parlamentares, em alguma medida, reorientam os recursos públicos para interesses diversos daqueles planejados de forma técnica e disputados coletivamente, podendo ser um instrumento de captura do orçamento para fins particulares.

⁶⁴ Até 2015, as emendas parlamentares eram ‘autorizativas’, ou seja, davam autorização legislativa para o executivo executar a despesa, mas não o obrigava. Esse mecanismo fazia com que diversos autores as considerassem como instrumento de barganha política do executivo com o legislativo, conforme explicitado no processo de coalizão. Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC-86), as emendas passam a ser ‘impositivas’, ou seja, o executivo tem a obrigação de executá-las, salvo em casos de impedimentos técnicos devidamente justificados, como por exemplo, a incompatibilidade do objeto indicado com a finalidade da ação orçamentária (CARNUT *et al.*, 2021, p. 468).

das emendas com natureza de investimento, chegando a mais de 50% em alguns exercícios fiscais.

Essas emendas totalizavam R\$ 1 bilhão em 2013 e, com a nova legislação, alcançaram R\$ 8 bilhões em 2019 (OCKÉ, 2020). Ainda de acordo com Carnut *et al.* (2021, p. 469),

[...] no exercício de 2017, foram empenhados R\$ 13,1 bilhões, sendo 38,02% deste valor destinados à saúde. Particularmente, no ano de 2020, todos os recursos alocados às despesas de investimento do orçamento do Ministério da Saúde tiveram como fonte as emendas parlamentares.

Sendo essas últimas as que mais se destacam. “O caráter intermitente da liberação desse recurso, bem como a necessária articulação política com diversos parlamentares para sua obtenção, dificulta a execução de investimentos de longo prazo com objetivo de diminuir as iniquidades locorregionais” (CARNUT *et al.*, 2021, p.469).

Caldas e colaboradores⁸ relatam que, ao passo que o aumento das emendas parece estar associado a níveis de corrupção, os gastos governamentais com saúde e educação nos municípios aumentam, evidenciando que o problema reside, mais uma vez, na falta de planejamento que deveria guiar a alocação desses recursos. Tal fato se torna ainda mais significativo quando se considera a tendência de queda do orçamento da seguridade social em função da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou o gasto público por 20 anos, provocando um franco processo de desfinanciamento (CARNUT *et al.*, 2021, p. 469).

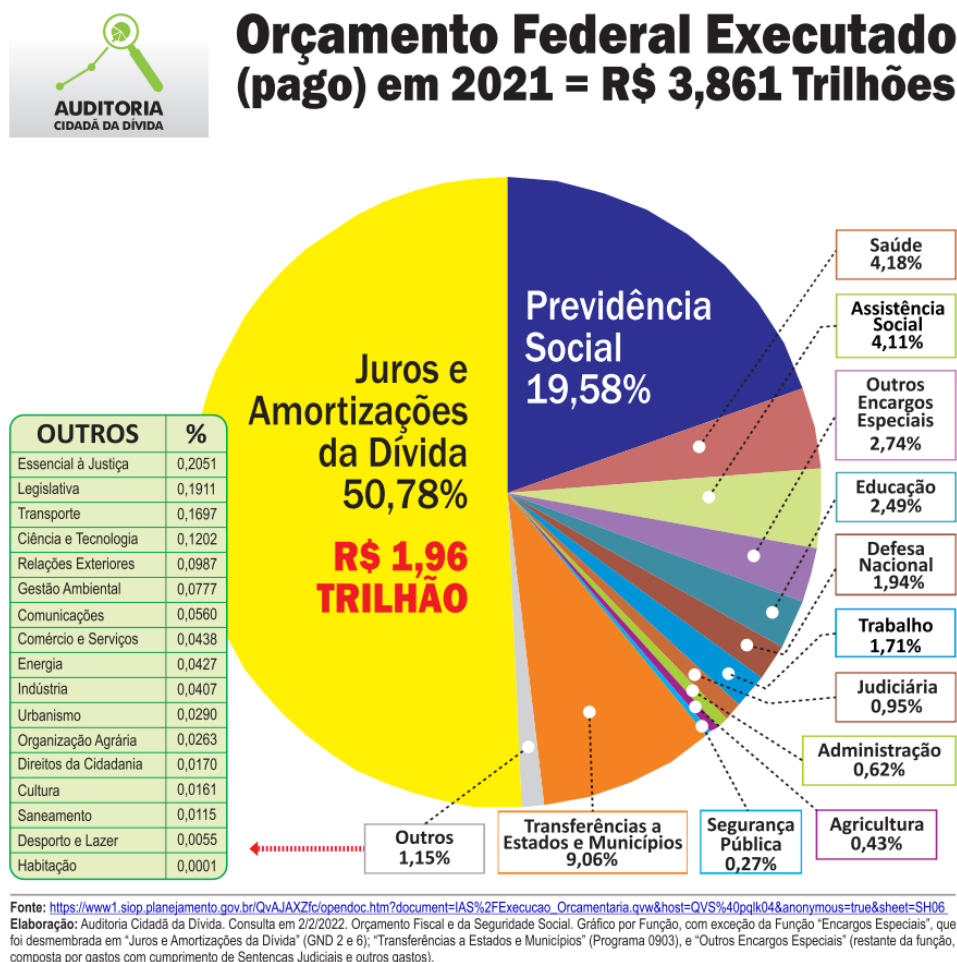
Quanto ao Governo Bolsonaro, umas das medidas em torno do financiamento da saúde teve impacto direto na atenção primária, com o estabelecimento de novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde no âmbito do SUS, através do Programa Previne Brasil, instituído pela portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Vários movimentos sociais e entidades em defesa do SUS, argumentam que a referida portaria desrespeita o artigo 17 da Lei Complementar 141/2012 que trata sobre o financiamento das Equipes de Saúde da Família e os serviços de saúde com um contingente de recursos baseado no porte da população das cidades, o chamado PAB fixo. A mudança proposta pelo programa é o repasse com base no quantitativo de pessoas cadastradas e não mais pelo número de habitantes das cidades. “A questão central é o tempo exíguo para o cadastramento da população, que não possibilita alcançar a sua totalidade e o condiciona à redução do financiamento, já previsto em 290 milhões a menos para os municípios em 2020” (MORAES; SANTOS; BOTELHO, 2021, p.07).

O desfinanciamento da saúde guarda relação com o pagamento da dívida pública, uma vez que os cortes dos gastos sociais têm como um dos objetivos salvaguardar recursos do fundo público, inclusive das áreas sociais através da DRU para o pagamento da dívida pública.

Fatorreli e Ávila (2022) argumentam que os gastos com dívida pública sem contrapartida quase dobraram de 2019 a 2021. “Em 2021, o governo federal gastou R\$ 1,96 trilhão com juros e amortizações da dívida pública, o que representa um aumento de 42% em relação ao valor gasto em 2020, que por sua vez já tinha sido 33% superior a 2019” (FATORELLI; ÁVILA, 2022, p. 1). Como pode ser visualizado no gráfico abaixo, referente ao ano de 2019. E mesmo com toda essa canalização de recursos para pagamentos, a dívida não para de crescer, segundo os referidos autores “[...] a dívida pública federal aumentou R\$ 708 bilhões, tendo crescido de R\$ 6,935 trilhões para R\$ 7,643 trilhões” (*Ibid.*, p. 1).

Como pode ser visualizado no gráfico abaixo a discrepância de recursos do fundo público destinado para alimentar o sistema da dívida pública quando comparado as demais áreas, os recursos destinados a saúde, mesmo aparecendo como terceiro lugar, soma apenas 4,18%. Corroborando com os referidos autores assistimos a um verdadeiro saque de riquezas nacionais para alimentar o sistema da dívida, ou melhor dizendo para alimentar o rentismo.

Gráfico 2 - Orçamento Federal Executado em 2021



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida (2022).

A visualização dos dados a partir do gráfico 1, demonstra que na disputa pelo fundo público, o capital tem saído vitorioso. Essa distribuição dos recursos públicos revela também que o capital além de capturar a mais-valia do trabalhador, tem também capturado parte dos seus salários pelo Estado, via tributação, conforme já analisado por Behring (2008).

Ainda no governo Bolsonaro os ataques ao financiamento da saúde e as demais políticas públicas tem ganhado destaque com a retirada de recursos para a denominada “emendas de relator”, também conhecidas como orçamento secreto⁶⁵, segundo o sindicato Nacional dos docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES) o governo em mais um ataque ao financiamento da política pública de saúde retirou recursos do programa Farmácia Popular para

⁶⁵ De acordo com o ANDES “na prática, Bolsonaro está engordando o cofre do orçamento secreto, em que políticos decidem sobre o destino de verbas da União sem precisar fornecer explicações detalhadas. Na maior parte das vezes, o recurso é empregado em currais eleitorais, visando apenas o ganho político” (SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR, 2022).

o orçamento secreto. “Um levantamento feito por Bruno Moretti, assessor do Senado e especialista em orçamento da Saúde, indica que o programa receberá R\$ 1,2 bilhão a menos, comparado a este ano” (SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR, 2022, p.1). Além deste programa, houve corte de recursos para a saúde indígena e a previsão para 2023 é que os cortes nessa política cheguem a cerca de 60%. “O orçamento para 2023 está previsto em R\$ 610 milhões, um corte de R\$ 870 milhões em relação ao orçamento deste ano (R\$ 1,48 bilhão). Desde 2018, o dinheiro investido para os cuidados médicos e preventivos a indígenas tem sido diminuído” (*Ibid.*, p.1).

Nesse sentido o debate sobre o fundo público na contemporaneidade precisa ser entendido no contexto do capitalismo em crise, caracterizado pela dominância financeira e que tem requisitado do Estado uma atuação alinhada aos ditames do capital portador de juros e fictício, recordemos os fundamentos do Estado visto na segunda seção dessa investigação, o Estado está assentado sobre interesses inconciliáveis. No caso da saúde brasileira, a insuficiência de recursos públicos, a indefinição de fontes próprias, a transferência de recursos para o setor privado da saúde demonstra a que interesses esse Estado está a atender. Conforme veremos na próxima seção o Estado brasileiro tem atendido os interesses econômicos do capital na área da saúde, com o fortalecimento da expansão e lucratividade do setor privado na captura do fundo público através de alguns mecanismos inseridos na assistência à saúde.

4 A POLÍTICA DE SAÚDE COMO HOSPEDEIRA DO MERCADO: OS DIVERSOS MECANISMOS NA CAPTURA DO FUNDO PÚBLICO

Nesta seção objetivamos analisar os mecanismos de expansão e favorecimento do setor privado da saúde viabilizados pelo Estado brasileiro, elegendo para a pesquisa três mecanismos que segundo esta investigação tem demonstrado a apropriação do fundo público correlacionado a desestruturação do Sistema Único de Saúde, indo de encontro ao projeto original da Reforma Sanitária brasileira, são eles: *o mecanismo constitucional da complementaridade às avessas*, via as contratualizações de serviços no setor privado/filantrópico contratado; como segundo elemento que também tem capturado não só os recursos, mas tem modificado a organização e estruturação da gestão dos serviços e dos recursos humanos, *os modelos privatizantes de gestão*, identificamos estes dois mecanismos como processos de *privatização não clássica* (GRANEMAMM, 2011) por se desenvolverem por dentro do SUS, contando com a atuação ativa do Estado, como principal financiador e formulador de tais mecanismos; por fim, temos *a apropriação do fundo público no livre mercado* via subsídios e subvenções fiscais às operadoras de planos privados de saúde. A este último mecanismo soma-se outro processo que tem tomado destaque nesse contexto de crise do capital: *a expansão dos grupos privados da saúde na esfera financeira*, o qual tem sido conduzido no Brasil por operadoras e seguradoras de planos de saúde privados, além de rede hospitalares, em aliança com grandes conglomerados internacionais que tem procurado na esfera financeira a obtenção de lucro em um curto espaço de tempo. De acordo com Lavinhas e Gentil (2018, p. 202-203):

A temática da privatização por si já não é suficiente para explicar esse processo de transferência de competências, antes nas mãos do Estado, para empresas voltadas para o lucro. Agora, a provisão dos serviços passa a ter como meta prioritária o lucro dos acionistas, que são, notoriamente, grandes grupos financeiros internacionais, distantes e alheios do conteúdo dos serviços prestados. Interesses especulativos não tem horizonte de longo prazo e, portanto, estão descolados de um projeto de desenvolvimento.

O interesse do capital sobre os direitos sociais se justifica pelo potencial de crescimento e lucratividade que pode se obter ao mercantilizar esses serviços, os quais são parte das necessidades sociais dos indivíduos, ao tempo que ganha espaço na sociedade diante da permanente precarização dos serviços públicos, que não ocorre por acaso do destino.

No item a seguir abordaremos a constituição do setor empresarial da saúde, sua agenda para a política de saúde brasileira, nos propomos analisar também, a partir da Constituição de 1988 e dos dados disponibilizados pelo DataSUS, como tem se dado a transferência de recursos

públicos pelo Estado via ao mecanismo da complementaridade do setor privado/filantrópico ao SUS, ao qual temos denominado como complementaridade invertida⁶⁶ ou às avessas.

4.1 Privatizações não clássicas no SUS: a captura do fundo público conduzida pelo Estado

O capitalismo contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação, a financeirização, tem requisitado a atuação do fundo público a favor dos interesses do capital, e as contrarreformas têm sido o instrumento utilizado para viabilizar essa transferência. As OSs, apresentadas como novo modelo de gestão, têm se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos na área da saúde para atender aos interesses privados, ou seja, do capital.

Como visto no item anterior os poucos recursos destinados à política de saúde, tem se expressado de modo mais gritante em seu desfinanciamento, nesse processo o fundo público que deveria ser utilizado para fortalecer o SUS, tem sido drenado para subsidiar o sistema de planos privados de saúde através de subsídios e isenção fiscal, bem como o repasse para as iniciativas privadas, por dentro do SUS, e para a transferência de gestão para os modelos privatizantes.

Para Fontes (2011), “[...] o avanço de entidades privadas no fundo público significa um processo crescente de privatização da gestão, e um aumento da exploração dessas atividades por empresas, que se responsabilizam por fazer uma parcela da política social com a contraparte dos recursos públicos” (p. 21).

Alguns autores têm apreendido esse processo através da conceituação de Granemann (2011) que tem denominado esse tipo de transferência do Estado para os modelos privatizantes de gestão, como “[...] *privatizações não clássicas*, porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54, grifo do autor).

⁶⁶ Expressão empregada por Correia para explicar a tendência crescente de aplicação do fundo público da saúde na contratualização de serviços privados, principalmente na média e alta complexidade, em detrimento da ampliação desses serviços na rede exclusivamente pública, caracterizando a inversão da complementaridade assegurada na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990. Em vez do sistema privado ser complementar ao público nos procedimentos hospitalares, esse tem sido superior em termos de disponibilização de serviços no sistema público (CORREIA; LIMA, 2021, p.82).

Nesse sentido o Estado tem sido o grande protagonista desses processos, tendo em vista que sua estrutura jurídica e executiva possibilita regular legalmente, na maioria das vezes, o repasse do fundo público para as diferentes frações de capitalistas na saúde, corroborando assim para que essa relação entre o público e privado se estreite cada vez mais.

A apropriação privada do fundo público da saúde, ou seja, o repasse de recursos públicos para o setor privado por dentro do SUS, tem sido explicitado nos denominados modelos privatizantes de gestão: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Segundo Santos (2014) este processo trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, pois o Estado renuncia ao papel executor direto desses serviços. Isso ocorre mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo ao setor privado operar no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público, sob a administração direta do Estado (CORREIA, 2011, p. 45), outra forma de privatização não clássica, que iremos abordar nesse item, refere-se ao que temos denominado por “[...] complementaridade invertida [...]”, a qual ocorre através da compra de serviços de saúde da rede privada/filantrópica ao invés do fortalecimento da rede pública de saúde.

4.1.1 Os modelos privatizantes de gestão na saúde

Muitos autores remetem o surgimento dos primeiros modelos privatizantes de gestão na saúde aos anos 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso com a Reforma Administrativa do Estado, marco de surgimento das Organizações Sociais, criada pela Lei 9.637/93, e das Organizações da Sociedade de Interesse Público (OSCIPs), prevista pela Lei Federal nº9.790/99, para atuarem nas áreas sociais, incluindo a saúde. Todavia, segundo pesquisa realizada por Santos (2014):

Para além da inspiração inglesa e dos denominados serviços sociais autônomos, a criação de novos modelos de gestão na sociedade brasileira remete ao período da ditadura militar, durante o governo de Castelo Branco; neste, o Decreto Lei nº 200, de 1967, prevê em seu art. 4º, como parte da Administração Indireta do Estado, a criação de autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas (SANTOS, 2014, p. 91).

Ainda segundo a autora o referido Decreto é recuperado por Bresser Pereira, formulador do Plano Diretor da Reforma do Estado, como um dos marcos na tentativa de tornar a administração gerencial no Brasil. Assim, diz o Plano: “A reforma operada em 1967 pelo

Decreto-Lei 200 constitui um marco na tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil” (BRASIL, 1998, p.19).

Gomes (2014) destaca que as Organizações Sociais, a partir dos anos 1990, apresentaram-se como a primeira mudança substancial de gestão do SUS, com a diminuição da prestação direta pelo Estado dos serviços de saúde, incentivando a atuação privada na área.

As OSs foram instituídas no Brasil a partir da Lei Federal nº 9.637/98. “Ela é considerada não estatal justamente por ser privada e, conseqüentemente, não faz parte da Administração Pública” (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2010, p. 7). O instrumento utilizado para firmar a parceria entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSs é o contrato de gestão.

As OSs foram instituídas no Brasil a partir da Lei Federal nº 9.637/98. “Ela é considerada não estatal justamente por ser privada e, conseqüentemente, não faz parte da Administração Pública” (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2010, p. 7). O instrumento utilizado para firmar a parceria entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSs é o contrato de gestão.

Segundo esta lei, as OSs dispõem de uma CORREIO BRAZILIENSE maior flexibilização na contratação de recursos humanos, “[...] podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle interno e externo da administração pública; [estas são consideradas] atribuições privativas do Conselho de Administração” (REZENDE, 2008, p. 29). Assim, a instituição de OSs abre precedentes para a flexibilização de vínculos, perda de direitos trabalhistas e previdenciários, acarretando um aprofundamento da precarização do trabalho (CORREIA, 2011). Ou seja, a instituição das OSs para supostamente desburocratizar a intervenção do Estado, acabou por facilitar a burla dos mecanismos de controle que o próprio Estado exigia.

Quanto à qualificação de entidades que pretendem ser qualificadas como OSs, a Lei 9.637/98, que as institui, em seu art. 2º estabelece requisitos para a habilitação a esta qualificação, como:

- I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
 - a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
 - b) finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
 - c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;

- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
 - e) composição e atribuições da diretoria;
 - f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
 - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
 - h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
 - i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;
- II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado. (BRASIL, 1998, p. 1).

Com a Lei 9.637/98, o Estado, através da celebração de contrato de gestão, cede não só a gestão, mas recursos orçamentários, equipamentos, prédios, bens e servidores públicos para as entidades privadas prestarem serviços pelo SUS, compondo o quadro de *privatização não clássica* do SUS.

Os modelos privatizantes de gestão, especialmente os das Organizações Sociais, implantados e disseminados a partir do governo Cardoso e que vem tendo continuidade nos governos posteriores, em que se destacam uma expansão e adesão pelo SUS, visto que é um modelo que tem sido implantado por vários estados e municípios na gestão do SUS, em substituição a execução direta dos serviços pela administração pública.

De acordo com a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) realizada pelo IBGE, em 2018⁶⁷, o número de estabelecimentos de saúde municipais repassados para (OSs) “[...] cresceu de 997 em 2014 para 1.756 em 2018, incremento de 76% no período” (VALOR ECONÔMICO, 2022).

Barcelos *et al.* (2022) realizaram um mapeamento do número de estabelecimentos de saúde geridos por OSs no Brasil a partir de diversas bases de dados, as quais incluíram as secretarias estaduais e municipais de saúde, portais da transparência estaduais e municipais, investigação nos sítios das OSs e no sítio do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de

⁶⁷ Cabe ressaltar que nas últimas pesquisa da MUNIC e ESTADIC do IBGE (2019 e 2020), divulgadas no site, não é possível encontrar dados atualizados sobre as OSs, tendo em vista que tal quesito não fez parte dos dados levantados pelas últimas pesquisas.

Saúde IBROSS. Além dos resultados da Pesquisa de Informações Municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O resultado do estudo demonstra dificuldades no mapeamento desse modelo de gestão na saúde no Brasil, como pode ser visualizado na tabela abaixo, há uma discrepância entre os dados do IBGE que totaliza 1.991 estabelecimentos de saúde geridos por OSs no Brasil em comparação aos dados do levantamento realizado pelas pesquisadoras que totalizou 1.019.

As autoras argumentam a dificuldade em se obter informações sobre as OSs, afirmando que no levantamento realizado “apenas 71 municípios responderam à solicitação e alguns que afirmaram possuir contratos com OSSs, na verdade possuem outros tipos de parceria que não se encaixam como um contrato de gestão” (2022, p. 21-22).

Tabela 1 - Estados e número de municípios que possuem regulamentação com OSS e número de OSSs por UF (BRASIL, 2019)

Estado	Lei	Nº munic. com lei	Nº de OSSs – IBGE	Nº de OSSs – Levantamento
Acre	Não possui	0	0	0
Alagoas	Lei nº 7.777/16	0	4	4
Amapá	Lei nº 599/01	0	2	2
Amazonas	Lei 3.900/13	0	0	2
Bahia	Lei Ordinária nº 8.647/03	3	55	32
Ceará	Lei nº 12.781/97	5	23	14
Distrito Federal	Lei nº 4.081/08	-	1	1
Espírito Santo	Lei Complementar nº 489/09	4	13	12
Goiás	Lei nº 15.503/05	3	17	18
Maranhão	Lei nº 7.066/98	0	13	36
Mato Grosso	Lei Complementar nº 150/04	2	7	8
Mato Grosso do Sul	Lei nº 4.698/15	1*	4	2
Minas Gerais	Lei nº 23.081/18	12	162	36
Pará	Lei nº 5.980/96	2	24	16
Paraíba	Medida Provisória nº 178/11	3	9	10
Paraná	Lei Complementar nº 140/11	5	20	8
Pernambuco	Lei nº 15.210/13	5	41	39
Piauí	Lei Ordinária nº 5.519/05	1	0	0
Rio de Janeiro	Lei nº 5.498/09	13	302	135
Rio Grande do Norte	Lei Complementar nº 27/04	1	0	0
Rio Grande do Sul	Projeto de Lei nº 44/16	6	42	12
Rondônia	Lei nº 3.122/13	1	1	1
Roraima	Não possui	0	0	0
São Paulo	Lei Complementar nº 846/98	51*	1.196	595
Santa Catarina	Lei nº 12.929/04	5	24	36

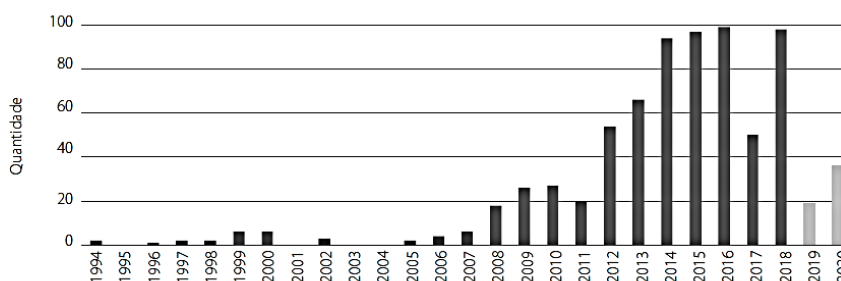
Sergipe	Lei nº 5.217/03	1	28	0
Tocantins	Lei nº 2.472/11	1	3	0

Fonte: Barcellos *et al*, 2022.

A partir dos dados acima é possível afirmar que a implantação de OSs nos estados brasileiros por meio de Leis que visam regulamentá-las na esfera estadual, ocorreu entre o período dos anos 1990 a 2018. Período que vai desde o governo Cardoso ao governo ilegítimo de Michel Temer. Com a maior parte sendo criada durante os governos do partido dos trabalhadores, contabilizando um total de 20 estados. Todavia, é preciso salientar que a implantação da Lei é o primeiro passo para efetivação desses modelos, tendo em vista que nem sempre a implementação ocorre de maneira imediata. Em muitos estados e município tem havido resistência por parte dos trabalhadores, especialmente, na entrega dos serviços públicos de saúde para OSs, pois conhecem os retrocessos que a implementação desse modelo representa para usuários e trabalhadores⁶⁸.

Nesse sentido o estudo realizado por Barcelos *et al* (2022) também apresenta uma linha histórica do processo de implementação da gestão por OSs na saúde brasileira. Onde se constata que o período de maior implementação ocorre entre os anos de 2014 a 2016, em que se verifica um progressivo aumento no estabelecimento de contratos com OSs na esfera estadual e municipal, período esse referente aos governos Dilma Rousseff e Michel Temer.

Gráfico 3 – Início dos contratos nos estabelecimentos geridos por OSSs no Brasil de 1994 a 2020



Fonte: Etapa 1: sítios das secretarias de saúde estaduais e municipais. Etapa 2: Portal de Transparência e Acesso à Informação estadual e municipal. Etapa 3: sítio do IBROSS e das OSSs não vinculadas ao instituto. Etapa 4: Pesquisa de Informações Básicas do IBGE (IBGE, 2019).

Fonte: Barcellos *et al*, 2022.

⁶⁸ Para conhecimento de um panorama desses retrocessos, ver o documento publicado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: “Contra Fatos não há argumentos que sustentem as OSs no Brasil”. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2022).

Um dado interessante da pesquisa é que o início do levantamento referente aos contratos nos estabelecimentos geridos por OSS no Brasil se inicia em 1994, período anterior a instituição da Lei 9.637/98 que criou as OSs no país, segundo as autoras mesmo antes desse marco regulatório o país já registrava contratos desse tipo.

De acordo com Cislighi (2021) essa forma de privatização, por OSs, tem privilegiado atuar nos serviços especializados da atenção secundária e terciária do SUS, tendo em vista que são os serviços “melhor remunerados pelo fundo público e que podem ser mais racionalizados do que urgências e emergências, maternidades ou a atenção primária cuja essência está em atendimentos continuados com pouca tecnologia, centrados também em educação em saúde e prevenção”.

Em São Paulo, por exemplo, as OSs devolveram pronto-socorros e maternidades à gestão do município alegando dificuldades de gestão por serem unidades de portas abertas demonstrando que só se interessam por unidades com retorno financeiro garantido (VALOR ECONÔMICO, 2014 *apud* CISLAGHI, 2021, p. 19).

Ainda que o argumento seja de que estas entidades qualificadas como OSs sejam sem fins lucrativos as notícias que vem sendo reveladas pela mídia, além de inquéritos e investigações de órgãos de controle demonstram que estas entidades têm visado atender seus interesses econômicos da lucratividade.

Como citado anteriormente, outro modelo de gestão proposto foram as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs, estas aparecem como novo modelo de gestão criado nesse novo aparelhamento do Estado proposto pela Reforma do Estado, para atuar nas áreas sociais. Criada pela Lei Federal nº 9.790/99, esta lei propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria” como instrumento legal a ser firmado entre a entidade e o poder público. Nos Termos de Parceria são estipulados os compromissos, direitos, e também as obrigações de ambas as entidades.

Segundo estudo realizado pelo IPEA sobre as OSs e OSCIPs,

Mais de 90% das OS foram criadas entre 2011 e 2018 (1.017), enquanto 70% das Oscips (4.982) surgiram na década anterior, entre 2001 e 2010, com um número significativo também entre 1991 e 2000, de 1.009 (14,32%) organizações. Destaca-se que a primeira OS foi fundada em 1975, no Paraná. Já as Oscips são mais antigas. As duas primeiras foram registradas em 1965 em São Paulo e no Rio Grande do Sul. Vale esclarecer que essas instituições passaram a ser classificadas como OS ou Oscip após a implantação da legislação, na década de 1990. Dessa maneira, elas, especialmente as mais

antigas, podem ter sido criadas como OSCs e apenas depois da outorga da administração pública passaram a ser consideradas OS e Oscips (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020, p.10).

Os dados assim demonstram que esses modelos privatizantes tiveram seu auge de expansão, especialmente as OS, durante os governos do Partido dos Trabalhadores. Todavia, a manutenção desses modelos segue durante os governos Temer e Bolsonaro. Durante a pandemia, as OS assumiram a gestão de vários hospitais de campanhas criado pelos estados.

A pesquisa realizada pelo Instituto ainda identificou as áreas de atuação tanto das OSs como das OSCIPs no Brasil, explicitando que a maioria das OSs e OSCIPs atuam na área de desenvolvimento e defesa de direitos e interesses, conforme pode ser visualizado na figura abaixo. Todavia, a área com mais vínculos empregatício é a saúde: “[...] são 8.146 vínculos empregatícios nas OS (88,23% do total) e 14.012 nas Oscips (31,73%)” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020, p. 12).

Tabela 2 - OSCs: áreas e subáreas de atuação

	OS		Oscip	
	QTD	%	QTD	%
Assistência Social	117	10,50	473	6,71
Associações patronais e profissionais	28	2,51	124	1,76
Associações empresariais patronais	4	0,36	44	0,62
Associações profissionais	20	1,80	73	1,04
Associações de produtores rurais, pescadores e similares	4	0,36	7	0,10
Cultura e recreação	147	13,20	538	7,64
Esportes e recreação	57	5,12	112	1,59
Cultura e arte	90	8,08	426	6,05
Desenvolvimento e defesa de direitos e interesses	350	31,42	4.073	57,81
Educação e pesquisa	110	9,87	492	6,98
Educação infantil	55	4,94	52	0,74
Estudos e pesquisas	3	0,27	121	1,72
Educação profissional	2	0,18	30	0,43
Ensino médio	0	0,00	3	0,04
Ensino fundamental	2	0,18	26	0,37
Educação superior	3	0,27	11	0,16
Outras formas de educação/ensino	36	3,23	205	2,91
Atividades de apoio à educação	9	0,81	44	0,62
Saúde	66	5,92	322	4,57
Hospitais	8	0,72	59	0,84
Outros serviços de saúde	58	5,21	263	3,73
Religião	14	1,26	33	0,47
Outras atividades associativas	235	21,10	717	10,18
Outras OSCs	47	4,22	274	3,89
Total	1.114	100,00	7.046	100,00

Fonte: base de dados da SRF, do Orçamento Público Federal e Rais.
Elaboração dos autores.

Fonte: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4/5/2001), que estabelece um teto de 56% da receita corrente líquida com despesas de pessoal, vem impondo barreiras à contratação de pessoal, principalmente nas áreas sociais, como a saúde (ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES, 2013). Esta lei propiciou que estados e municípios aderissem a estes modelos de gestão. Segundo Santos (2014) muitos gestores, sob o argumento do teto dos gastos e de uma maior eficiência dos serviços, têm se utilizado desta lei para aderir às OSs, visto que estas não preveem a contratação de pessoal via concurso público. “Há razoável consenso de que ela foi uma das molas mestras da política financeira neoliberal e da contrarreforma do Estado, avançando, ainda, sobre a autonomia dos entes subfederais”

(FLEURY *et al.*, 2010 *apud* ANDREAZZI; BRAVO; MENEZES, 2013, p. 5).

As unidades de saúde públicas, além de serem subfinanciadas, passam a ser submetidas a limitações na autonomia administrativa, comprometendo a sua gestão e favorecendo o seu desmonte, para a consequente privatização (BORGES *et al.*, 2012).

Ainda no que se refere os modelos privatizantes de gestão, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva lançou em seu segundo mandato, em 2007, a proposta das Fundações Estatais de Direito Privado, apresentada mediante o Projeto de Lei Complementar 92/2007 como um novo modelo de gestão para gerenciar atividades nas áreas: de saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, entre outras, seguindo os modelos já concebidos no governo anterior.

Entretanto, este projeto já havia sido um dos pontos da reforma do governo Cardoso, através da “Emenda nº 19, que alterou o inciso XIX do art. 37 da Constituição, possibilitando a criação de Fundação de Direito Privado. Os movimentos sindical e social e alguns partidos políticos, naquela época, conseguiram barrar o avanço de sua implementação” (MARCH, 2010, p. 1). No entanto, posteriormente, foi retomada como um dos projetos do governo Lula:

Atividades estatais que não sejam exclusivas do Estado como: saúde, incluindo os hospitais universitários – neste caso precedido de manifestação do conselho universitário –, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (art. 40 §§ 14 e 15, da CF), comunicação social, e promoção do turismo nacional. (*Ibid.*, p. 1).

Segundo Granemam (2011 p. 50), “[...] não havia sido difundido projeto de contrarreforma do Estado com pretensões tão abrangentes como o recentemente divulgado pelo governo Lula, o Projeto Fundação Estatal”.

Na visão de Granemam, uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e, neste caso, será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho (GRANEMAM, 2011).

Este projeto teve como um dos objetivos regulamentar a Emenda Constitucional nº 19/98, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada por Cardoso. A “necessidade” de regulamentação deste artigo (art. 37 da CF/88) concedeu ao governo e seus aliados a “brecha” para a realização das contrarreformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais (GRANEMANN, 2011).

As fundações não são modelos de gestão recentes, pois

o Brasil tem referências das fundações no setor público desde a década de 40. No período da ditadura, o decreto 200, de fevereiro de 1967, definiu as fundações instituídas pelo poder público como pessoas jurídicas de direito privado, regidas pelo Código Civil, no que diz respeito a obrigações civis, comerciais e trabalhistas, e as integrava à administração indireta. (JUNQUEIRA, 2007, p. 79-80).

As consequências da implementação das fundações se mostram na forma de contratação dos trabalhadores, a qual tem se dado via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); já a seleção será por concurso público, precedida de edital publicado no diário oficial, não garantindo a estabilidade do trabalho.

Os trabalhadores da saúde das fundações estatais de direito privado, mesmo que concursados, serão contratados via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), o que não lhes garante estabilidade, facultando-lhe um nível maior de subordinação à gestão. Além disso, cada fundação terá seu corpo funcional próprio, com o seu respectivo Plano de Carreira, Emprego e Salário, o que fragmenta a organização da classe trabalhadora e a luta por melhores condições de vida e trabalho. Sendo assim, ao contrário do que está exposto nos documentos, o nível de precarização e superexploração do trabalho tende a ser maior nesse tipo de gestão, e é sobre a exploração desses trabalhadores da saúde que se coloca a responsabilidade de qualificação do SUS. (SOARES, R., 2009, p. 85).

Ainda que o projeto das fundações estatais de direito privado não tenha se tornado lei federal, vários estados e municípios brasileiros⁶⁹ vêm adotando esse modelo, como é o caso do

Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Pernambuco, Acre e Tocantins. E alguns desses já estão em fase de implementação, a despeito, na maioria dos casos, da discordância dos respectivos conselhos e conferências estaduais de saúde, instâncias de deliberação da política a nível estadual. (SOARES, R., 2010, p. 85).

A continuidade da implementação do ajuste estrutural sob a gestão do governo do PT tem sua representação garantida após o governo Lula com a eleição de Dilma Rousseff. Bravo e Menezes (2011) afirmam que as tendências regressivas no SUS são reafirmadas neste governo; em seu discurso de posse, a proposta a princípio é consolidar o SUS, através “[...] da força do governo federal, para acompanhar a qualidade do serviço prestado ao usuário, entretanto irá estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22).

O governo Dilma, assim como os de seus antecessores, criou novas estratégias de

⁶⁹ Cabe salientar que intentamos realizar o levantamento referente as fundações estatais de direito privado, porém não foi possível localizar nas bases de dados do governo federal.

repassa do fundo público da saúde para o setor privado. O Programa “Aqui tem Farmácia Popular” é um exemplo; com o objetivo de oferecer medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, o governo visa firmar parceria com farmácias e drogarias da rede privada, “[...] aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção/distribuição/varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico” (BRASIL, 2014, p. 1). Aloca assim recursos no setor privado farmacêutico, quando poderia viabilizá-los através das unidades públicas de saúde.

Outra iniciativa do governo Dilma foi a implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24 horas – UPA, que segundo o governo têm como objetivo resolver parte das urgências e emergências e diminuir as filas nos prontos-socorros e hospitais. Bravo e Menezes trazem algumas reflexões sobre essa proposta:

As UPAS fortalecem o modelo hospitalocêntrico. O importante seria pensar o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o sistema. Outra questão a ser considerada é como fixar os profissionais e solidificar sua formação sem uma política de gestão do trabalho e educação, explicitando plano de cargos, carreiras e salários e a proposta de educação permanente para os trabalhadores da saúde. O que se tem verificado é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23).

A implantação das UPAS no país tem viabilizado a ampliação das Organizações Sociais na gestão dessas unidades, como é o caso do Rio de Janeiro:

No Plano Municipal de Saúde (PMS 2009-2013), está firmada a intenção de ampliar a rede assistencial carioca mediante a implantação de 20 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 70 Clínicas de Saúde da Família (CSF), todas as unidades de saúde novas criadas após a Lei 5.026 e, portanto, aptas a ser geridas pelas OS. Isto é, **expansão por intermédio da gestão das OS**. (MATTOS, 2012, p. 83, grifos do autor).

Quanto à continuidade da implementação de modelos privatizantes de gestão, o governo Dilma aprovou em 2011 a Lei 12.550, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sancionada em 15 de dezembro de 2011. Cabe ressaltar que a (EBSERH) já era uma proposta do governo Lula⁷⁰, com a Medida Provisória nº 520, que chegou a ser editada em

⁷⁰Conforme assinala Cislighi (2011), no apagar das luzes de 2010, e antes da implementação efetiva do REHUF, o governo Lula, como uma de suas últimas ações, assinou uma medida provisória que autorizava o Poder Executivo a criar a EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A “urgência” da medida foi justificada pela necessidade de resolver o impasse dos terceirizados dos hospitais universitários federais, visto que o TCU declarou ilegal a situação dos 26 mil contratados precarizados e deu um prazo até 31 de dezembro de 2010 para que o governo resolvesse a situação (Acórdão 1520/ 2006). Essa determinação do TCU ocorreu em 2006. O governo teve quatro anos para

30 de dezembro de 2010. Porém, segundo Correia (2013), a medida não conseguiu ser aprovada, devido ao esgotamento do prazo para sua votação no Senado; posteriormente, seu conteúdo foi retomado através do Projeto de Lei nº 1.749/2011, autorizando o Poder Executivo a criar a EBSEH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada, para a prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos⁷¹.

Ainda segundo a autora, a EBSEH “é uma Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro – 47 Hospitais Universitários” (CORREIA, 2013, p. 9). A EBSEH cita em seu primeiro artigo o Decreto 200:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. (BRASIL, 1967, p. 1, grifo do autor).

A forma de ingresso prevista na Lei 12.550, de 15/12/2011, que cria a EBSEH, assim como nas FEDPs, é a contratação mediante o regime da CLT por tempo determinado de até dois anos, “[...] acabando a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e a qualidade do atendimento em saúde” (CORREIA; DANTAS, 2013).

fazer concursos públicos, repondo o quadro de servidores, e não o fez. Confirmava-se, então, a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado. (CISLAGHI, 2011, p.60).

⁷¹A Lei 12.550/2011, que criou a EBSEH, foi questionada no Supremo Tribunal Federal por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895, proposta pelo procurador-geral da República, mas infelizmente a ADIN foi vencida, o STF considerou a lei constitucional. Para o Ministério Público Federal (MPF), “na prática, tal adesão significa a transferência da gestão do Hospital Universitário para a empresa, o que, segundo o MPF, contraria diversos normativos constitucionais. Há o temor ainda de que o repasse da gestão agrave o problema da terceirização irregular no hospital, colocando em risco a prestação dos serviços oferecidos pela entidade, já que permitirá a contratação temporária de pessoal em processo seletivo simplificado. Ao sinalizar com a implementação de um modelo “flexível” de gestão, a EBSEH constitui-se, na verdade, em uma empresa de natureza privada na estrutura do Estado, para prestar serviços públicos de educação e saúde. Para o MPF, “o repasse da gestão do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora à EBSEH poderia caracterizar, em um primeiro momento, o início da privatização desses serviços, e, ainda, o fim das pesquisas voltadas para os interesses sociais”. Tal preocupação decorre do fato de que uma empresa pública de natureza privada visa primordialmente ao lucro, e, seguindo a lógica do mercado, tanto o conhecimento quanto a prestação de serviços que não gerem resultados financeiros deixariam de interessar à universidade. (BRASIL, 2022).

Quanto ao controle social, com a EBSEH a participação social fica restrita a um conselho consultivo, diferente dos conselhos deliberativos do SUS, não prevendo composição paritária entre sociedade civil e Estado (CISLANGHI, 2011).

Conforme Correia e Dantas (2013), esta Empresa abre espaço para a mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs, inclusive das atividades de pesquisa e ensino, como explicitado na “[...] lei que cria a EBSEH, no parágrafo segundo do seu artigo 1º, ao autorizar a EBSEH ‘a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social’” (CORREIA, DANTAS, 2013).

Segundo os dados disponibilizados na página do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até o ano de 2022, o Brasil possui 2.105 unidades com sua gestão terceirizada, destacando-se o estado de São Paulo com o maior número (878), seguindo-se o Rio de Janeiro com (411). Entretanto, os dados não são claros sobre que tipo de modelo de gestão que estão protagonizam essas terceirizações.

Tabela 3 – Unidades de saúde geridas por terceiros – Brasil

UNIDADES DE SAÚDE GERIDA POR TERCEIROS – BRASIL		
UF	Descrição	Total
AC	ACRE	3
AL	ALAGOAS	1
AM	AMAZONAS	9
AP	AMAPA	1
BA	BAHIA	90
CE	CEARA	41
DF	DISTRITO FEDERAL	2
ES	ESPIRITO SANTO	17
GO	GOIAS	33
MA	MARANHAO	18
MG	MINAS GERAIS	59
MS	MATO GROSSO DO SUL	3
MT	MATO GROSSO	17
PA	PARA	29
PB	PARAIBA	3
PE	PERNAMBUCO	76
PR	PARANA	56
RJ	RIO DE JANEIRO	411
RN	RIO GRANDE DO NORTE	4
RO	RONDONIA	1
RS	RIO GRANDE DO SUL	223
SC	SANTA CATARINA	43
SE	SERGIPE	87
SP	SAO PAULO	878
TOTAL		2105

FONTE: Dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2022.

Essa privatização, mediante o repasse da gestão para o setor público não estatal (privado), a exemplo das OSs, FEDPs e EBSERH, representa o uso do fundo público por parte do Estado em benefício do setor privado, em detrimento de políticas sociais universais executadas diretamente pelo estado.

Apesar das diferenças na forma de se apresentar e da esfera de atuação, os modelos privatizantes de gestão apresentam em comum: a substituição dos concursos públicos por empregos sem estabilidade, que tem como decorrência uma rotatividade de profissionais e descontinuidade dos serviços, além de reduzir a autonomia dos profissionais e sua capacidade de reivindicação, tendo em vista a fragilidade do vínculo a que estão submetidos. Ainda de acordo com Cislighi,

Os serviços oferecidos como políticas públicas passam a estabelecer o mesmo regime de trabalho dos serviços privados e podem passar a extrair mais-valia nessas instituições quando os serviços estão submetidos à lógica do lucro e da acumulação. Aos empregadores interessa o aumento da produtividade do trabalho, seja na extração direta da mais-valia, seja para cumprirem as metas estipuladas em contrato com o Estado, gastando menos recursos com os trabalhadores, o que aumenta sua apropriação de fundo público (CISLAGHI, 2021, p. 22).

Podemos assim inferir que este mecanismo dos modelos privatizantes de gestão são formas mistificadas que objetivam, nesse momento de crise do capital, agudizar a exploração dos trabalhadores inseridos nos serviços públicos de saúde, submetendo-os a lógica privada de apropriação do trabalho alheio⁷², além de facilitar a captura o fundo público da saúde no Brasil. Sua implementação e expansão está demarcada no período anterior ao golpe de 2016, durante os governos de Cardoso e do Partido dos Trabalhadores. É possível ainda afirmar que os ataques a saúde pública durante o governo Temer não teve como foco o mecanismo dos modelos privatizantes de gestão, isto é, não houve a proposição de novos modelos de gestão privatizantes. Todavia, no governo Bolsonaro a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) tem sido considerado por alguns autores - Cislighi (2021),

⁷² Para Marx a sociedade capitalista está pautada na exploração do homem pelo homem através do trabalho, ao acumular riqueza baseada no trabalho não pago, a quem Marx chamou de mais-valia. Para o autor “o trabalhador produz não para si, mas para o capital. Não basta, portanto, que produza em geral. Ele tem de produzir mais-valia. Apenas é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve à autovalorização do capital.” (MARX, 1996b, p. 138). Nesse sentido, há um debate no Serviço Social sobre como considerar os trabalhadores que se encontram no âmbito dos serviços, a partir da perspectiva marxiana, entre os que defendem que são produtivos enquanto outros que defendem serem estes improdutivos, ou seja, não produzem mais-valia. Esta pesquisa não tem o propósito de aprofundar esta discussão.

Correia (2022) - como uma forma de privatização por dentro do SUS, dentro dos moldes dos modelos privatizantes de gestão, que teve como foco a Atenção Básica.

Os modelos privatizantes de gestão mostram-se uma realidade na sociedade brasileira, apesar de todos os escândalos envolvendo-os e da luta de movimentos sociais, como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), o espraçamento desses, principalmente na esfera municipal, vem se tornando uma realidade difícil de ser combatida. Uma vez que a mistificação em torno da gestão privada que de imediato aparece como pública não-estatal não alardeia as finalidades que precisam ser ocultadas a população usuária e ao conjunto de trabalhadores da saúde. Assim, os modelos privatizantes de gestão seguem na espreita, aproveitando-se da difícil realidade por qual passa milhões de brasileiros que utilizam o SUS e do ataque aos servidores públicos.

Sob o argumento político da necessidade da prestação dos serviços independentemente do tipo de gestão que esteja executando, a privatização por dentro do SUS segue se fortalecendo e mistificada. Entretanto, não tem sido apenas os modelos privatizantes de gestão que tem capturado o fundo público por dentro do SUS, outro mecanismo velho conhecido do período da ditadura empresarial-militar tem disputado o protagonismo desse processo, a qual iremos tratar no próximo item.

4.1.2 A apropriação do fundo público via complementaridade invertida⁷³ no SUS

Nosso objetivo é demonstrar, nesse item, como a captura do fundo público por dentro do SUS, com apoio estatal, tem se mantido e expandido mesmo após a conquista do SUS, através do mecanismo da complementaridade invertida.

Como visto na seção anterior os interesses do setor privado na área da saúde são anteriores a constituição do SUS, ocorriam principalmente através da medicina previdenciária durante o período da ditadura empresarial-militar, com a contratualização majoritariamente de serviços com o setor privado da saúde. Esses foi um dos pontos de questionamentos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, tornando-se um ponto de tensão durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na busca de solução para resolver essa realidade os participantes ficaram dividido entre os que defendiam a estatização já! e os que defendiam a

⁷³A expressão “complementaridade invertida” surgiu durante o desenvolvimento dos projetos de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), no grupo de pesquisa intitulado “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais”, da Faculdade de Serviço Social da UFAL, coordenado pela Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia, do qual participei como bolsista.

estatização progressiva. Vencendo a proposta de estatização progressiva, pois acreditava-se que o sistema de saúde nascente precisaria de um tempo para poder se estruturar por todas as regiões do país, dado a abrangência geográfica e dificuldades intrínsecas nesse processo, apostando assim que as condições políticas e econômicas permitiriam a total estatização do sistema de saúde de modo progressivo com o passar do tempo.

Entretanto, o período de conquistas sociais, com a criação do SUS, coincidiu com o cenário de crise capitalista mundial e com a adoção do receituário neoliberal por parte do Estado no país, a partir do final dos anos 1980 e que se consolida nos anos 1990, com Cardoso, o qual trouxe implicações para o sistema público nascente, no sentido de não o implementar como previsto constitucionalmente. Um dos fatores que se destacam desde o momento que o SUS foi criado, é seu financiamento, muitos autores defendem que o SUS já nasceu subfinanciado. Soma-se a isso os interesses privados latentes pelos poucos recursos destinados ao Sistema.

O lobby do setor privado/filantrópico garantiu a continuidade das contratualizações entre este setor e o SUS nascente. A medida que a compra de serviços com o setor privado/filantrópico pelo SUS conseguiu ser estabelecida na Constituição de 1988 e nas Leis orgânicas do SUS, em caráter complementar, conforme prevê o art.199 da CF1988:

Art. 199 § 1º 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 entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988, p. 1).

Ou seja, a legislação permitiu que quando o serviço público de saúde não tiver como suprir a cobertura assistencial a seus usuários, o SUS poderá recorrer à iniciativa privada/filantrópica⁷⁴ como forma complementar para oferecer seus serviços. Contudo, não como forma substitutiva ou com a predominância do setor privado/filantrópico sobre o sistema público. Nesse sentido as entidades filantrópicas⁷⁵ têm sido beneficiadas de diversas formas, no

⁷⁴ Segundo o site da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB) “o setor filantrópico de saúde configura-se como a maior rede hospitalar do país, sendo responsável por mais de 50% dos atendimentos públicos de média complexidade e mais de 70% da assistência em alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS)” (CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSP. E ENTIDADES FILANTRÓPICAS, 2022, p. 1). Acrescentando que são essas instituições que protagonizam o SUS no Brasil. Disponível em:

⁷⁵ As entidades para se qualificar enquanto entidades filantrópicas precisam adquirir o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) “concedido pelo Governo Federal, regulamentado por meio da Lei nº 12.101/2009, por intermédio dos Ministérios da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC), e Ministério da Cidadania (MC)”, a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidades Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na área da saúde, além da assistência social e educação. Todavia, se exige algumas condições para obtenção do Certificado, “tais como: a instituição deve oferecer ao menos 60% de internações hospitalares e

privilegiamento da prestação de serviços ao SUS e com as isenções tributárias que gozam por sua condição. Cabe ainda destacar que muitas dessas instituições funcionam com a dupla porta de entrada, com atendimentos aos usuários do SUS e a usuários de planos privados de saúde.

De acordo com Lima (2019, p.05) “[...] historicamente, as instituições classificadas como sem fins lucrativos são subsidiadas pelo Estado, sob a justificativa da natureza social dos serviços prestados pelas mesmas”. Carneiro (2014) em sua pesquisa analisa que as entidades filantrópicas ao serem isentas de tributos, [...] 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. Assim,

As isenções tributárias que beneficiam os estabelecimentos de saúde, denominados de filantrópicos, na realidade, muitas vezes ocultam o caráter empresarial de que se reveste a maioria dessas instituições, especialmente os estabelecimentos hospitalares [...] 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. Deverão ter o caráter não lucrativo, sem ter o propósito de obter lucros; apesar de que atendem à população que dispõe de planos de saúde, que por vezes tratamento e instalações diferenciadas para essa assistência. (ACIOLE, 2006 *apud* CARNEIRO, 2014, p.49).

A prestação dos serviços de saúde, que deveriam ser predominantemente executados pela rede pública, tem sido ofertados aos usuários/as do SUS via convênios e contratualização com o setor privado/filantrópico. Contrariando, tanto o que reza a legislação, mas sobretudo, o que previa o projeto da reforma sanitária brasileira, de um processo de estatização progressiva da saúde, o que estamos assistindo é um processo de continuidade e fortalecimento do setor privado/filantrópico com o repasse do fundo público que deveria ser utilizado para expandir e consolidar o SUS sob administração direta do Estado.

Correia (2015, p. 17) já demonstrava em seu estudo este fato, segundo a autora: “[...] ao invés da progressiva estatização da saúde, houve um processo de progressiva privatização, com

atendimentos ambulatoriais pelo SUS, e o cumprimento de metas préestabelecidas que visam melhorar e qualificar o atendimento à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Importa destacar que as referidas instituições ao serem inscritas no CEBAS, além de celebrar convênios com o poder público com menos burocracia, gozam de generosos benefícios tributários concedidos no §7º do art. 195 da Constituição Federal de 1988 (isenção da contribuição para a Seguridade Social). E ainda: benefício com liberação de emendas parlamentares; maior acesso às propostas e projetos de financiamentos; expansão da infraestrutura e aquisição de equipamentos. Há ainda leis municipais e/ou estaduais que permitem descontos na conta de energia elétrica e taxa de água às entidades portadoras do CEBAS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018 *apud* LIMA, 2019, p. 5).

incentivo estatal para o crescimento do livre mercado, para a compra de serviços privados de saúde pelo setor público”.

Lenir Santos (2020) atribui essa inversão da complementaridade do setor privado ao público ao “[...] baixo financiamento da saúde impeditivo do aumento das atividades públicas, e principalmente, em razão das dificuldades da gestão pública, essa complementaridade se expandiu além daquilo que se previa inicialmente” (SANTOS, 2020, p. 1). Ainda segundo a autora:

A complementaridade prevista na Constituição tinha o condão de não criar embaraços à Administração Pública que, na época, contava com 70% dos serviços privados complementando os serviços públicos. Impossível desconsiderar tal fato. Era o INAMPS quem mantinha esses contratos e convênios com o setor privado lucrativo e sem fins lucrativos. A intenção era que com a melhoria do financiamento da saúde, o Poder Público pudesse ir superando essa complementaridade e inverter esse percentual ao longo dos anos (*Ibid.*, p. 1).

A referida autora, conhecida por ter participado do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, abandonou a defesa do Projeto da Reforma Sanitária original e passou a defender o Projeto denominado por Bravo: “Reforma Sanitária Flexibilizada”. Nessa direção Lenir Santos argumenta que além dos problemas do financiamento, a má gestão da administração pública tornou-se um gargalo, argumento utilizado pelos governos neoliberais para implementar contrarreformas. E ainda acrescenta:

A realidade é que hoje seria impossível defender uma Administração Pública executora direta de serviços sem contar com a participação do setor privado. O problema é a complementaridade ser *substitutiva dos serviços públicos*. O risco é, invés de se complementar os serviços públicos, sob regras públicas e em quantidade que realmente possa ser denominada de *complementar*, a gestão pública minguar e os serviços privados crescerem além da justa medida e sem os necessários e devidos controles (SANTOS, 2020, p. 1, grifo do autor)

Lenir Santos (2020) deixar claro em seu posicionamento o abandono do projeto da reforma sanitária dos anos 1980, da defesa de uma estatização progressiva, ao afirmar ser a complementaridade primordial ao sistema público de saúde, sob argumento da ineficiência da administração pública enquanto executora dos serviços públicos de saúde, defendendo essa complementaridade, pois acredita que o setor público pode controlar o setor privado.

Atualmente, o setor privado/filantrópico tem abocanhado a maior parte dos recursos públicos da saúde no Brasil, estabelecendo uma inversão da complementaridade prevista na legislação, em termos de produção hospitalar e ambulatorial. Os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Dados do SUS (DATASUS) tem evidenciado

esta inversão, na forma de repasse dos recursos públicos para o setor privado/filantrópico tanto na produção hospitalar, onde se encontra os serviços de saúde de maior complexidade, como na produção ambulatorial, conforme pode ser visualizado na figura abaixo.

Tabela 4 – Repasse do Fundo Público para a produção hospitalar - Brasil

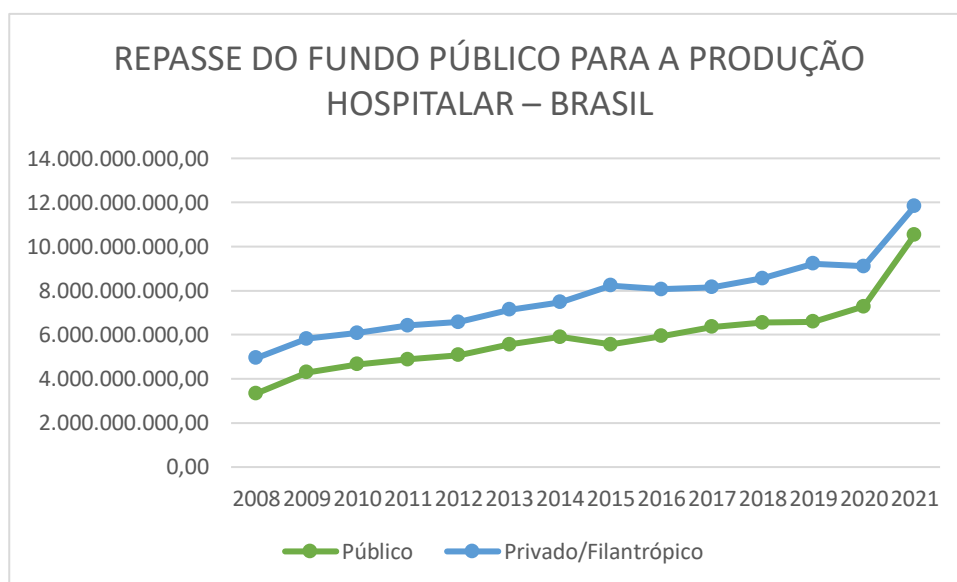
REPASSE DO FUNDO PÚBLICO PARA A PRODUÇÃO HOSPITALAR – BRASIL		
Ano	Público	Privado/Filantrópico
2008	3.339.053.310,78	4.944.633.414,13
2009	4.299.928.379,18	5.823.183.364,41
2010	4.657.551.345,83	6.082.448.699,04
2011	4.880.843.454,82	6.426.941.996,46
2012	5.074.275.461,83	6.581.845.859,94
2013	5.555.842.533,22	7.142.517.384,48
2014	5.897.329.510,34	7.473.078.115,32
2015	5.556.340.079,71	8.231.642.762,13
2016	5.939.469.593,44	8.061.633.884,50
2017	6.360.336.936,40	8.157.463.820,23
2018	6.550.831.983,78	8.555.556.223,28
2019	6.586.139.388,85	9.227.902.315,37
2020	7.278.135.115,80	9.107.387.231,51
2021	10.539.717.516,47	11.831.885.859,41

Fonte: elaboração pelas autoras

O gráfico abaixo⁷⁶ demonstra melhor como tem se dado o repasse do fundo público para o setor privado/ filantrópico, no que se refere a produção hospitalar considerando o período de 2008-2021, referente ao segundo mandato do governo Lula da Silva até o governo Bolsonaro.

⁷⁶ Não foram considerados os dados referentes ao que o sistema qualifica como Ignorado, tendo em vista que não se poderia distinguir se fazem parte da administração pública ou da rede privada/filantrópica.

Gráfico 4 – Repasse do fundo público para a produção hospitalar - Brasil



Fonte: elaboração pelas autoras

Conforme demonstram os dados acima, a maior parte dos recursos públicos que deveriam ser alocados no fortalecimento da rede pública estatal, no que se refere a produção hospitalar, estão sendo direcionados pelo Estado para o setor privado/filantropico. Desde 2008 os dados demonstram a predominância da complementaridade invertida, e um aumento progressivo dessa transferência a partir de 2015, durante o governo Temer. Mesmo durante os anos da pandemia onde a abertura de leitos no SUS foi determinante, o repasse de recurso ao setor privado/filantropico se destacou, o que nos leva a apontar como hipótese que esta ampliação tenha ocorrido via a contratualização de serviços privados por meio da complementaridade invertida. Entretanto, não é só na produção hospitalar que a complementaridade invertida se expressa, a produção ambulatorial tem se tornado espaço também de interesse do setor privado/filantropico, como pode ser visualizado na figura abaixo.

Tabela 5 – Repasse do fundo público para a produção ambulatorial - Brasil

REPASSE DO FUNDO PÚBLICO PARA A PRODUÇÃO AMBULATORIAL – BRASIL		
Ano	Público	Privado/Filantropico
2008 ⁷⁷	R\$ 6.484.581.473,45	R\$ 5.459.400.945,78

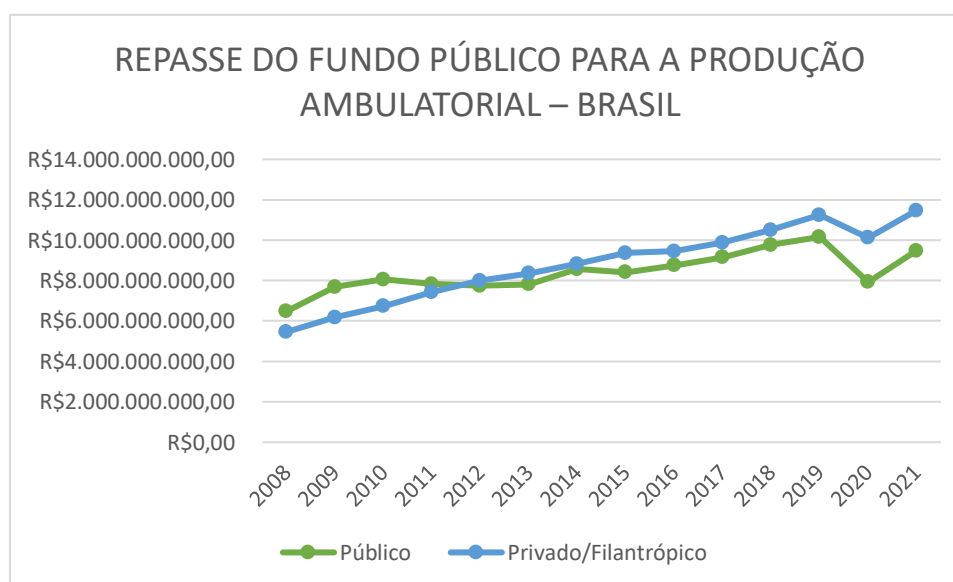
⁷⁷ Não foram considerados os dados referentes ao que o sistema qualifica como Ignorado, tendo em vista que não se poderia distinguir se fazem parte da administração pública ou da rede privada/filantropica.

2009	R\$ 7.692.211.622,61	R\$ 6.184.398.458,11
2010	R\$ 8.059.351.182,72	R\$ 6.737.855.880,13
2011	R\$ 7.833.697.869,78	R\$ 7.433.726.253,20
2012	R\$ 7.746.481.584,56	R\$ 8.002.437.088,04
2013	R\$ 7.815.210.362,20	R\$ 8.357.224.944,49
2014	R\$ 8.566.361.770,94	R\$ 8.838.187.789,25
2015	R\$ 8.413.266.691,60	R\$ 9.371.778.478,89
2016	R\$ 8.756.477.835,23	R\$ 9.460.155.146,94
2017	R\$ 9.155.668.990,34	9.873.260.991,49
2018	R\$ 9.757.252.727,40	10.506.407.318,60
2019	10.159.886.458,52	11.245.883.355,16
2020	7.931.032.824,88	10.120.857.036,32
2021	9.471.814.205,13	11.475.035.208,39

Fonte: elaboração pelas autoras

A partir do gráfico abaixo podemos visualizar melhor como tem se dado o repasse do fundo público para o setor privado/ filantrópico, no que se refere a produção ambulatorial, revelando um aumento considerável a partir de 2019 até 2021 da captura do fundo público pelo setor privado/filantrópico.

Gráfico 5 – Repasse do fundo público para a produção ambulatorial - Brasil



Fonte: elaboração pelas autoras

Como pode ser visualizado na figura acima a complementaridade na produção ambulatorial passa a se inverter a partir de 2012, quando o repasse de recursos para o setor privado ultrapassa os destinados ao setor público, seguindo a tendência vista com a produção hospitalar. Os dados ainda revelam que a partir de 2019 o repasse de recursos para o setor privado/filantrópico aumentou progressivamente, o que pode estar relacionado com a política de fortalecimento do setor privado, anunciada nos projetos de governo Temer e Bolsonaro, como visto anteriormente.

Uma observação se faz importante diante dos dados pesquisados, que refletem a imbricação entre o mecanismo da complementaridade invertida e dos modelos privatizantes de gestão, isto é, os recursos destinados ao setor público envolvem os equipamentos de saúde que foram privatizados por modelos privatizantes como OSs e hospitais federais geridos pela EBSEH, pois são considerados pelo estado espaço públicos, não estatais. Esta forma de privatização é também escamoteada na publicização dos dados disponibilizados pelo DATASUS que impede visualizada esse cruzamento de forma detalhada. Sendo assim, se considerarmos tal pressuposto, os recursos destinados efetivamente a administração direta pelo Estado pode ser ainda menor.

Ainda no que se refere ao apoio estatal a iniciativa privada/filantrópica, em 2009 foi aprovado o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), pelo Ministério da Saúde. Segundo informações do Ministério da Saúde, a participação no Proadi-SUS “[...] constitui meio alternativo, facultado às entidades de saúde de reconhecida excelência (ESRE⁷⁸), em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas)” (BRASIL, 2021, p. 1). Na lista de hospitais considerados de excelência e que participam desse programa estão: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hcor, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês. Os recursos que financiam o Proadi-SUS “[...] são oriundos de contribuições sociais que deixam de ser recolhidas aos cofres públicos pelas ESREs, em decorrência de imunidade tributária prevista no art. 195, § 7º, da Constituição, a que estas fazem jus em virtude de sua certificação com o Cebas” (BRASIL, 2021, p. 1). Ou seja, são recursos públicos que o Estado deixa de arrecadar

⁷⁸ Segundo o Ministério da Saúde: “As Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESREs), instituições reconhecidas como "Hospitais de Excelência" (HE) - termo utilizado para identificar entidades habilitadas pelo Ministério da Saúde que cumprem os requisitos para a apresentação de projetos de apoio ao SUS, em troca da imunidade tributária às contribuições sociais devidas à União - integram as ações estratégicas do SUS de maneira mais intensa por conta do uso otimizado de sua capacidade técnica e conhecimento. (BRASIL, 2011, p. 1).

para fortalecer a iniciativa privada, neste caso as que se qualificam como hospitais filantrópicos de excelência. “Isso significou, de acordo com o Portal do Ministério da Saúde, uma isenção fiscal de R\$ 993 milhões em três anos” (GUIMARÃES, 2013, p. 9 *apud* ALVES, 2021, p. 39).

Segundo o relatório divulgado pela Controladoria Geral da União (CGU) resultado da auditoria realizada sobre o programa, a execução de projetos no âmbito do PROADI pelos hospitais a ele vinculados tem apresentado falhas no que se refere:

[...] à aprovação, ao acompanhamento da execução, à avaliação da prestação de contas e à incorporação ao SUS dos resultados dos projetos executados. As falhas evidenciadas indicam que o PROADI não tem atingido seu objetivo fundamental – o fortalecimento do SUS por meio da transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde – e apontam a necessidade de ajustes na execução desse Programa, tendo em vista os altos valores despendidos em isenção tributária e o baixo retorno em termos do desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2020, p. 85).

As entidades privadas/filantrópicas, que se comprometam a prestar serviços ao SUS, têm ainda sido favorecidas com a renúncia fiscal destinadas especialmente para o fortalecimento destas. Os dados pesquisados por Alves e Santos, visualizados na tabela abaixo, demonstram os valores que têm sido deixados de serem arrecadados pelo Estado e que poderiam ser destinados para a execução direta do SUS.

Tabela 6 - Renúncia fiscal em saúde às entidades filantrópicas (2003-2015)

Ano	Renúncia Fiscal às Entidades Filantrópicas/Privadas – Assistência Social
2003	-
2004	R\$1.231.661.659
2005	R\$ 944.574.124
2006	R\$ 1.182.615.172
2007	R\$ 1.638.717.768
2008	R\$ 1.669.635.165
2009	R\$ 2.069.050.749
2010	R\$ 2.587.115.721
2011	R\$ 2.158.614.364
2012	R\$ 2.560.377.647
2013	R\$ 2.739.357.300
2014	R\$ 2.863.824.120
2015	R\$ 3.448.218.817

Fonte: elaborado pelas autoras

Pode-se inferir que ao longo de mais de 30 anos de criação do SUS, que o Estado brasileiro optou por continuar fortalecendo a rede privada/filantrópica, como acontecia anteriormente pelo INAMPS, em detrimento da consolidação do SUS. Fato este evidenciado no crônico subfinanciamento do sistema, que se agudizou a partir do governo Temer com a aprovação da EC 95/2016 desencadeando um processo de desfinanciamento, o qual tem precarizado ainda mais a oferta de serviços de modo a não atender as demandas populacionais crescente, de uma população cada vez mais empobrecida que necessita dos serviços públicos de saúde⁷⁹.

Ainda nesse bojo de crise do capital e de ataques aos direitos sociais, outro elemento soma-se ao quadro de desestruturação da política de saúde, o apoio estatal ao mercado de planos privados de saúde, o qual tem fortalecido por meios de subsídios e renúncia fiscal os serviços do setor privado, recursos que poderiam ser investidos na expansão e fortalecimento do SUS. E no livre mercado da saúde um fenômeno vem se destacado, assim como em outras políticas públicas como previdência e educação, o da expansão da esfera financeira com a entrada de planos, redes de hospitais, dentre outros na Bolsa de Valores buscando novas formas de acumulação e que tem contado com o apoio do Estado

4.2 O apoio estatal ao mercado de planos privados de saúde: a captura do fundo público através da isenção tributária

Outro mecanismo que tem disputado e capturado parte do fundo público, que deveria ser destinado a política pública de saúde, é o setor de saúde suplementar, através de renúncias fiscais e subsídios, isto é, ao mercado de planos privados de saúde.

A saúde suplementar se caracteriza por reunir as operadoras de planos de saúde, que por sua vez se apresenta sob cinco modalidades assistenciais: medicinas de grupo, seguro-saúde, cooperativas médicas, sistemas próprios de empresas (autogestão) e planos de administração. Sendo a contratação desses serviços realizadas por duas formas: individual/familiar ou coletiva. No Brasil, a contratação de tipo coletiva é a mais expressiva. Geralmente ela é contratada via pessoa jurídica (empresa, associação, fundação ou sindicato) (ALVES, 2020).

Bahia *et al.* (2016) argumenta que a trajetória das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil pode ser subdividida em três ciclos. O primeiro remete as relações entre as políticas

⁷⁹ Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas, dependem do SUS para tratamento. (A TARDE, 2020).

previdenciárias voltadas especialmente à proteção de trabalhadores especializados e o surgimento das empresas pioneiras entre os anos 1960 e 1980. O segundo momento que seria entre os anos 1990 até os anos 2000, marca o período de comercialização de planos empresariais e individuais, ao mesmo tempo que o SUS estava sendo implementado. Por fim, o terceiro momento⁸⁰, caracterizado pela “[...] presença de empresas cuja origem do capital é internacional e que desempenham atividades de intermediação financeira” (BAHIA *et al.*, 2016, p. 03).

Ainda sobre o primeiro ciclo Bahia *et al.* (2016) elabora que os convênios-empresa, estabelecido entre a Previdência social junto as empresas empregadoras, a partir de 1965, com intuito de diminuir a falta no trabalho devido ao adoecimento, permitiu o surgimento de duas modalidades de empresas de planos de saúde: medicinas de grupo e cooperativas médicas.

As primeiras também foram predominantemente conformadas por organizações não lucrativas. Consequentemente, a natureza jurídica, embora formalmente distinta, não as caracterizava adequadamente. A principal diferença era o local de origem dos médicos (serviços de saúde do trabalhador, hospitais geralmente públicos ou entidades profissionais) e a associação de médicos com vendedores de títulos de hospitais filantrópicos (*Ibid.*, 2016, p. 03).

O período de promulgação e implementação do SUS, marca o período de transição entre o primeiro e o segundo ciclo, período este marcado pelas dificuldades objetivas em se implementar o SUS, ao mesmo tempo que o governo através de incentivos indiretos, como deduções e subsídios fiscais, e diretos, como financiamento de planos “[...] como financiamento de planos privados para servidores públicos e empregados de estatais, propiciaram a expansão de algumas empresas pioneiras, bem como o ingresso de proprietários de hospitais privados no mercado de planos de saúde” (BAHIA *et al.*, 2016, p. 03). O início dos anos 1990 é marcado, pela atuação das seguradoras no setor saúde.

A relação entre o público e privado é demonstrada pelos autores ao destacarem que os “[...] proprietários das empresas pioneiras assessoraram a formulação da legislação de privatização da assistência médica previdenciária” (*Ibid.*, 2016, p. 04). E ainda, essas empresas tiveram sua expansão baseada no autofinanciamento e da cotização de médicos e expandiram sua clientela⁸¹ impulsionadas pelos repasses fixos da Previdência Social.

⁸⁰ Sobre este terceiro momento iremos tratar com maiores detalhes mais a frente, como subitem relacionado a este.

⁸¹ Conforme Bahia *et al.* (2016, p. 04): “As clientelas das empresas pioneiras eram constituídas exclusivamente por trabalhadores formais de empresas de setores modernos, as coberturas, frequentemente, excluía os dependentes diretos. Embora os convênios-empresa tenham se disseminado, não foram adotados por todas as empresas empregadoras. Existiam “convênios” empresa-

Foram criadas com base em estruturas físicas ambulatoriais ou, já nos anos 1970, hospitalares, por médicos-proprietários, muitos dos quais também exerciam a prática assalariada em diversos institutos de aposentadoria e pensões, e tiveram de reorganizar sua inserção profissional diante da redução do número de vínculos empregatícios decorrente da unificação (BAHIA *et al.*, 2016, p. 04).

Os autores destacam que o período de redemocratização e promulgação da Constituição Federal de 1988, foi marcado por tensões, por pressões em torno do ajuste fiscal do Estado sob argumento da necessidade de redução dos gastos públicos, em meio ao contexto de desaceleração do crescimento econômico e de crescente hegemonia do pensamento neoliberal no plano internacional, repercutindo, entre outras consequências, na efetivação do SUS constitucional. Marcado por críticas em torno da ineficiência dos serviços públicos, “[...] o racionamento do acesso e os problemas de qualidade da rede pública de cuidados à saúde, impulsionaram a oferta de planos e seguros e as demandas de associações de trabalhadores, inclusive de servidores públicos, pela continuidade e extensão das coberturas privadas” (BAHIA *et al.*, 2016, p. 04). Mas, não só, a própria legislação estimulou a ampliação dos planos e seguros privados de saúde. Além de financiar através de subsídios indiretos e pagamento de planos de servidores públicos (*Ibid.*).

O início da concessão de créditos e empréstimos de longo prazo por bancos estatais a hospitais filantrópicos e privados definiu contornos de um setor com formato capitalista amadurecido. No final dos anos 1990, diversas empresas de planos passaram a nuclear grupos empresariais e as seguradoras ingressaram não apenas no mercado saúde, como também nele se apresentaram como interlocutores relevantes para a formulação de políticas regulamentadoras no processo de debates e aprovação da *Lei no 9.656* de 1998. As mudanças na escala de operação de empresas de planos de saúde credenciaram-nas para intermediar as relações entre demanda e os prestadores de serviços de saúde, em condições distintas daquelas vigentes no regime de acumulação baseado no autofinanciamento (*Ibid.*, 2016, p. 06-07, grifo do autor).

Alves (2020) também afirma que o crescimento do setor privado no Brasil se deu por uma forte atuação do Estado, através da delegação de grande parte da oferta de serviços de saúde, mantendo-se como financiador e subsidiando o setor privado. “Esses fatores foram cruciais para o desenvolvimento das formas privadas de assistência, inclusive para a viabilização da saúde suplementar” (p. 32).

empresa sem a intermediação da Previdência Social, concretizados mediante a retenção dos recursos públicos previstos para assistência médica usados na organização de esquemas assistenciais próprios”.

É nesse sentido que a interferência estatal contribuiu para o fortalecimento do setor privado, uma vez que dificilmente a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, fatores que inviabilizariam a compra direta de serviços médicos à maioria da população brasileira. [...] Nessas, a solução adotada na política de saúde assistencial fez prevalecer os interesses capitalistas, seja no sentido mais estrutural de manutenção da ordem capitalista, ordenando as relações capital/trabalho, seja no sentido de atender aos interesses e pressões dos setores empresariais, em uma perspectiva sociocêntrica para a explicação das políticas sociais (MENICUCCI, 2003, p. 75 *apud* ALVES, 2020, p. 32).

Percebe-se que a trajetória de expansão da saúde suplementar no país tem sido possível pela constante intervenção do Estado. Fato que se revela na permissão legal na Constituição de 1988, ao permitir conforme disposição do Art. 199. “[...] a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988, p. 1). Assim a saúde suplementar vai se consolidando como um sistema dual, concorrencial a saúde pública. Demonstrando a contradição do acesso ao direito à saúde: Como pode a mesma Constituição que estabelece que o direito à saúde é dever do Estado, ao mesmo tempo estabelecer que é livre a iniciativa privada? Esta contradição revela os interesses em disputa das classes que compõe a sociedade capitalista e que tem no Estado o principal mediador desses conflitos.

Mendes (1999 *apud* ALVES, 2020) argumenta que a dualidade posta deu lugar a um processo de “universalização excludente”, isto é, segmentos sociais melhor remunerado vão buscar os serviços prestados pela rede privada de saúde, ao mesmo tempo que o SUS buscava se universalizar. Mendes pontua que este processo foi impulsionado pela precarização dos serviços na rede pública de saúde, além da viabilização a saúde suplementar ser um dos benefícios postos a muitos trabalhadores, a exemplo do próprio Estado, na esfera federal como estadual, subsidiando parte dos recursos para os servidores públicos acessarem a saúde suplementar.

Essa forma peculiar de ‘universalismo excludente’ gerou um sistema de saúde extremamente regressivo no seu conjunto ao criar, para clientela distintas, diversas modalidades assistenciais discriminatórias, onde o subsistema público, ele mesmo, fixa-se como mais uma modalidade assistencial para os pobres, um *medicaid* à brasileira. [...] Os setores sociais expulsos não são totalmente excluídos do sistema público porque continuam a depender do subsistema da alta tecnologia para receber serviços de alto custo que, normalmente, não são cobertos pelo subsistema de atenção médica supletiva (MENDES, 1999, p. 53 *apud* ALVES, 2020, p.32, grifo do autor).

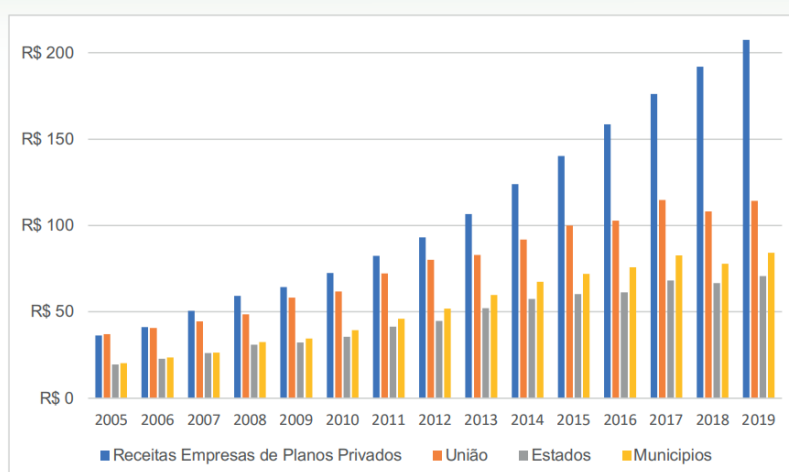
Assim, mesmo indo buscar os serviços da rede privada de saúde há uma dependência de serviços que só a rede pública consegue ofertar, além daqueles serviços mais caros que muitas vezes os planos privados de saúde se negam a prestar e que tem recaído sobre o SUS a obrigação

de ofertar, decorrência disso são os processos de judicializações na área. A dependência do setor privado de saúde suplementar mostra-se ainda no auxílio estatal através de subsídios e da renúncia fiscal, como veremos.

Segundo o site da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) o mercado de planos privados de saúde movimentou cerca de R\$ 90 bilhões no Brasil, mais do que o próprio setor público, que não ultrapassou R\$ 80 bilhões mesmo somando os recursos das três esferas de governo, os dados são referentes ao ano de 2015. Ainda segundo a ABRAMGE: “Os planos de saúde vêm registrando regularmente, desde quando foram criados em 1950, aumentos em sua contratualidade maior do que o crescimento populacional do brasileiro” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE, 2015, p. 1).

Bahia, Lazzarini e Scheffer (2021) chama atenção para o fato do Brasil se situar dentre os países com gastos privados superiores aos gastos públicos. Ainda segundo os autores nos países onde se evidencia essa tendência o predomínio do gasto privado está relacionado com os gastos diretos efetuados para o pós pagamento de atividades assistenciais e medicamentos. “No Brasil, contrariando tendência internacional, a participação das receitas de planos de saúde aumenta significativamente ao longo de duas décadas, saindo de um patamar de 20% e chegando a 29,3% no último ano da série” (*Ibid.*, p. 17). Essa contradição pode ser visualizada no gráfico abaixo, elaborado pelos autores acima citados.

Gráfico 6 – Gastos públicos com saúde por esfera administrativa e receitas de empresas de planos de saúde, Brasil, 2005 a 2019



Nota: Valores correntes em R\$ bilhões. Fontes: ANS e Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Fonte: Bahia, Lazzarini e Scheffer, 2021.

Os dados divulgados pelo IBGE reforçam esse fato, constatando que os serviços de saúde privada corresponderam, em 2019, ao principal gasto das famílias, “[...] compreendendo 67,5% do total das despesas de consumo final de saúde. Essas despesas incluem, majoritariamente, médicos e planos de saúde, além de serviços hospitalares e ambulatoriais” (CORSINI, SOARES, 2022, p. 1).

O modelo assistencial de saúde brasileiro defendido e propagado ideologicamente tem como espelho o modelo americano⁸², no qual as pessoas pagam por formas privadas de atenção à saúde. Nessa lógica, constata-se a proliferação dos planos e seguros de saúde privados, que, segundo a ANS (SIS SAÚDE, 2013, p. 1), “[...] em um ano (junho de 2011 a junho de 2012), quase 3 milhões de novos beneficiários foram incorporados ao mercado de saúde suplementar (1,3 milhão em planos de assistência médica e 1,7 milhão em planos exclusivamente odontológicos)”. Entretanto, segundo dados disponíveis no *site* da ANS, a taxa de crescimento do número de beneficiários entre os anos de 2007 e 2017 vem decaindo e a partir de 2015 vem apresentando saldo negativo, quando chegou a -2,3%; em 2017 apresentou uma melhora, com -0,8%, conforme pode ser visualizado na tabela abaixo.

Tabela 7 - Usuários de planos de saúde (2011-2020)

Usuários de planos de saúde (2011-2020)		
Ano	Número de Usuários (milhões)	Taxa de crescimento (%)
Dez/2011	46.025.814	2,4
Dez/2012	47.846.092	4
Dez/2013	49.491.826	3,4
Dez/2014	50.531.748	2,1
Dez/2015	49.276.145	-2,5
Dez/2016	47.631.311	-3,3
Dez/2017	47.095.598	-1,1
Dez/2018	47.095.853	0
Dez/2019	47.040.159	-0,1
Mar/2020	47.067.369	0,1

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020). ALVES; SANTOS (2020).

De acordo com Alves e Santos (2020) o crescimento no número de usuários de planos de saúde no período de 2011 a 2014, ocorre atrelado a mecanismos de apoio estatal, garantido

⁸² Nos Estados Unidos, dez companhias de seguro privado controlam quase 70% de todo o mercado. São elas que controlam a gestão e o financiamento do sistema de saúde do país. Calcula-se que os custos de saúde por lar, em 2007, chegaram à média de US\$ 15 mil. No entanto, o país está em 37º lugar em qualidade de atendimento segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse sistema de saúde é considerado o mais

o fortalecimento e manutenção dos processos de mercantilização da saúde, através de “[...] diversos fatores, como a renúncia fiscal, a emissão de certificação filantrópica às entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, o perdão de dívidas, a assistência farmacêutica” (ALVES; SANTOS, 2020, p. 262).

Como também pode ser visualizado, a partir de 2015 houve uma interrupção no crescimento de novos usuários de planos de saúde no país. Os anos de 2015 a 2020 apresentam uma queda acentuada no número de usuários, apesar da variação da taxa de crescimento. As autoras citadas analisam que essa queda está relacionada a conjuntura de crise que se desdobrou no golpe jurídico parlamentar de 2016, acarretando a adoção de políticas de austeridade fiscal aprofundadas nos governos Temer e Bolsonaro, por meio da flexibilização das relações de trabalho e da manutenção das taxas crônicas de desemprego⁸³, precarizando ainda mais a situação da classe trabalhadora. Esse cenário levou muitas pessoas a deixarem de utilizar o setor privado de saúde suplementar e buscarem atendimento no SUS (ALVES; SANTOS, 2020).

Assim, outro fator a ser observador é que mesmo diante de uma política de ajuste fiscal e com a necessidade crescente da população por serviços públicos de saúde, o Estado tem investido na expansão e fortalecimento do setor privado suplementar através de uma série de medidas, como a renúncia fiscal, a qual se insere no que se denomina de Gastos Tributários, este por sua vez:

[...] são recursos que o Estado deixa de receber, reduzindo a carga tributária, sob a justificativa de compensar os gastos dos contribuintes com serviços que deveriam ser fornecidos pelo poder público. “Dessa maneira, os recursos públicos (indiretamente) financiam (parcialmente) o consumo de um serviço privado em substituição a uma política pública” (MACHADO, 2017, p. 23). Analisa-se, à vista disso, que estes mecanismos utilizados pelo Estado, diminuem a capacidade de financiamento do SUS e viabilizam o fortalecimento do mercado privado de saúde – incluindo a saúde suplementar –, por serem recursos significativos que o Estado deixa de receber, incentivando a compra de serviços privados e impulsionando processos de mercantilização, criando ou fortalecendo juridicamente nichos de acumulação de capital na saúde (ALVES, 2021, p. 38).

De acordo com Mendes e Carnut (2020) as renúncias fiscais vem aumentando significativamente e têm prejudicado o SUS, pois estes recursos poderiam ser investidos no

⁸³ Dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que “a taxa média de desocupação em 2018 foi a maior dos últimos sete anos em 13 capitais do país. Dezenove capitais tiveram índice de desemprego maior que a média nacional de 12,3% no ano passado”. Ainda segundo os dados apresentados desde 2015, “a taxa de desemprego apresenta um crescente que varia entre 8,5 neste ano e chegou a 12,3 em 2018, o que representa 13, 2 milhões de trabalhadores, com uma leve melhora nos anos anteriores”. (CAVALLINI; SILVEIRA, 2019, p. 1).

sistema. As renúncias fiscais ao setor de saúde suplementar são deduções no Imposto de Renda tanto de pessoa física – IRPF, como jurídica – IRPJ, referente a despesas com serviços de saúde privados. Vale lembrar ainda das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos, como também as relativas à assistência farmacêutica (MENDES; CARNUT, 2020).

Dessa forma, analisando os dados da renúncia fiscal, apresentados na tabela abaixo:

Tabela 8 - Renúncia fiscal em saúde (2003-2022)

Ano	Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF)	Imposto de Renda para Pessoa Jurídica (IRPJ)
2003	R\$ 625.631.850	Indisponível
2004	R\$ 1.729.162.262	R\$ 689.265.882
2005	R\$ 1.943.016.780	R\$ 726.171.076
2006	R\$ 2.052.559.496	R\$ 977.502.960
2007	R\$ 2.271.235.065	R\$ 1.882.913.061
2008	R\$ 3.086.253.584	R\$ 1.965.056.159
2009	R\$ 3.103.810.898	R\$ 2.328.723.397
2010	R\$ 3.325.339.605	R\$ 2.961.314.044
2011	R\$ 4.408.890.042	R\$ 2.936.021.268
2012	R\$ 9.715.107.620	R\$ 3.149.139.314
2013	R\$ 9.874.206.268	R\$ 3.450.713.531
2014	R\$ 10.724.947.105	R\$ 3.724.879.007
2015	R\$ 11.859.391.307	R\$ 4.280.014.761
2016	R\$ 11.049.752.892	R\$ 4.898.630.291
2017	R\$ 12.690.845.142	R\$ 5.080.267.238
2018	R\$ 13.149.244.375	R\$ 5.271.257.921
2019	R\$ 15.502.081.124	R\$ 5.645.151.451
2020	R\$ 17.283.864.638	R\$ 6.424.832.938
2021	R\$ 18.149.807.236	R\$ 6.577.324.575
2022	R\$ 19.810.017.581	R\$ 8.145.862.038

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Projeto de Lei Orçamentária Anual – Receita Federal (BRASIL, 2022).

Os dados demonstram uma queda, referente ao IRPF, nesse tipo de subsídio entre os anos de 2015 e 2016, período que coincide com a queda do número de usuários dos planos de saúde, como visto anteriormente. E nos anos posteriores, referentes ao Governo Temer e Bolsonaro, um aumento significativo da retomada desse subsídio. Segundo Mendes (2015) “[...] não resta dúvida que o aumento desses incentivos fiscais ao capital privado vem respondendo à necessidade de valorização desse capital no contexto do capitalismo financeirizado e sua crise” (MENDES, 2015, p. 78).

Assim, diante de uma possível crise no livre mercado da saúde com estagnação no processo de acumulação de capital, a saída adotada tem sido uma maior atuação do Estado no fortalecimento do setor privado, utilizando-se do fundo público para isso. E foi justamente o

que aconteceu durante o Governo Temer, com a proposta dos chamados planos de saúde “acessíveis”, baseado em planos de saúde mais baratos, porém com capacidade de cobertura limitada. A ideia, segundo Correia (2018), foi a de alterar as exigências mínimas de coberturas vigentes visando estimular as operadoras de planos de saúde a oferecer produtos mais baratos à população e consequentemente aumentando sua atuação a outros segmentos da população. A proposta foi apresentada através da Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016, a qual instituiu um Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível, composto por representantes do Ministério da Saúde, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG) (BRASIL, 2016).

O resultado das discussões realizadas por esse grupo se encontra sistematizado no ofício nº 60 da Secretaria de Atenção à Saúde, encaminhado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 18 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017a), para avaliação e manifestação com relação à sua viabilidade técnica. Neste ofício, encontra-se expresso a principal motivação utilizada pelo Ministério da Saúde para a defesa desse projeto: a redução de cerca de 1,4 milhões de pessoas que deixaram de fazer usos de planos privados de saúde em 2016, devido à recessão econômica e à elevada taxa de desemprego. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 14).

Por sua vez, durante o governo Bolsonaro as tentativas de fortalecer o mercado privado da saúde suplementar seguiram. Durante este governo foi encaminhada ao legislativo, por empresas e entidades do setor, uma proposta unilateral com vistas a desregulamentação e à expansão do mercado de planos de saúde. O projeto de lei é considerado uma tentativa de desregulamentação da ANS, ao propor modificar a Lei nº 9.656/98, por meio da alteração de 89 artigos da referida lei. De acordo com Bahia, Lazzarini e Scheffer (2019) o projeto propôs “[...] redução de coberturas e atendimentos, libera reajustes de mensalidades, acaba com o ressarcimento ao SUS, impõe controles a médicos e hospitais, alivia multas e torna insignificante a existência da já enfraquecida Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)” (2019, p. 01).

Alves e Santos (2020) abordam que o projeto de lei também propõe a retomada do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU⁸⁴), retirando qualquer poder decisório antes

⁸⁴ Segundo Alves “o CONSU é composto apenas por membros do Ministério do governo federal, o que pode significar uma tentativa do governo de Bolsonaro em avançar com as medidas neoliberais de saúde, barradas durante governo de Temer, como o plano de saúde acessível. Ante o exposto, essa ação significa mais uma das inúmeras movimentações governamentais para garantir a supercapitalização da saúde, diante de um receituário neoliberal mais ortodoxo” ((2021, p. 79).

concernente à ANS, ficando o CONSU responsável por decidir os reajustes de planos individuais e familiares, baseando-se em notas técnicas das operadoras (o que pode significar reajustes extraordinários quando as contas das operadoras estiverem desequilibradas), e definir o rol de procedimentos obrigatórios que as operadoras devem oferecer. Desse modo, o que se propõe é uma flexibilização da ANS para garantir a ampliação do mercado de planos e seguros privados de saúde, modificando os serviços de saúde em prol de seus interesses de acumulação.

De acordo com Correia (2022) a reativação e a recomposição do CONSU se efetivou no governo Bolsonaro pelo Decreto 10.236, de 11 de fevereiro de 2020. O Ministério da Saúde deu relevância a esse Conselho, composto majoritariamente de ministros de governo, enquanto desprezou o CNS e suas deliberações, que vão de encontro à atuação desse Ministério e do Governo Federal.

De acordo com Bahia (2019) os empresários de planos de saúde têm atacado a ANS de forma seletiva, quando a intervenção estatal ameaça seus interesses lucrativos.

Os representantes das operadoras posam de liberais antiestatistas, mas querem mais subsídios, créditos e empréstimos públicos. O setor privado não é contra a ANS, faz questão de intervir na escolha de seus diretores e políticas regulatórias. A regulação caminhou sempre de lado porque a ANS tem sido fortemente orientada pelas agendas empresariais e esse processo de captura permanente a enfraqueceu (BAHIA, 2019, p. 1).

Assim, apesar de nos últimos anos as empresas de planos de saúde, com apoio estatal, protagonizarem diversas tentativas para a alterações na lei que regulamenta os planos de saúde, ainda que mal-sucedidas, “[...] não se tem notícia, na história recente da legislação da saúde no Brasil, de tamanho extremismo na defesa de interesses privados e empresariais” (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2021, p. 01).

Não há preocupação dos autores com os impactos negativos na vida das pessoas e famílias que têm planos de saúde e nas empresas que oferecem este benefício aos seus empregados. É um projeto arrogante que classifica médicos, hospitais, doentes crônicos e idosos como inimigos a serem combatidos. É um projeto predatório que vislumbra concentração de mercado, ao aprofundar a divisão e a disputa interna entre prestadores de serviços. É um projeto danoso ao Sistema Único de Saúde (SUS) que, já subfinanciado, passaria a arcar com os custos da desassistência promovida pela nova legislação e perderia recursos com o fim do ressarcimento (*Ibid.*, p. 02).

O núcleo do projeto, conforme os autores, é baseado na desregulamentação das coberturas e ataque a proteção do direito a uma atenção abrangente de atendimento de saúde,

além de significar um retrocesso no sentido da legislação, pois retoma às formas contratuais excludentes anteriores a Lei nº 9.656/98.

Bahia (2019) denomina essa cobertura reduzida proposta pelos planos de “Melhoral e copo d’água”, “pois os clientes pagam mensalmente, mas quando precisarem dos serviços terão de recorrer ao SUS. O objetivo dessas empresas privadas é ampliar o mercado mediante a comercialização de produtos segmentados por oferta assistencial e problemas de saúde”. Ainda segundo a autora esta proposta de desregulamentação e flexibilização legal visa atrair investidores estrangeiros que querer estabilidade legal no sentido da redução da cobertura, utilizando do falso argumento social de que essas medidas trarão benefícios ao SUS.

Durante a pandemia as empresas de planos de saúde aumentaram suas margens de lucro, conforme Bahia, Lazzarini e Scheffer (2021) apesar de sobrecarga de pacientes com Covid-19, nos hospitais, as empresas de planos de saúde gastaram menos com exames laboratoriais, de imagem e cirurgias eletivas caros, o medo do contágio esvaziou os consultórios médicos e emergências. No que se refere as empresas de planos de saúde: Bradesco, Hapvida, Notre-Dame-Intermedica e Sul América, elas tiveram um aumento de seus lucros líquidos “entre o primeiro trimestre de 2019 e o período correspondente em 2020: Bradesco 10,1%; Hapvida 24,7%; Notre Dame- Intermedica 149,2% e Sul America 83,4% (KOIKE, 2020 *apud* BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2021). As redes de farmácias tiveram um aumento de lucros com a venda de produtos relacionados com a pandemia. “As vendas de medicamentos isentos de prescrição (MIPs) relacionadas com a pandemia como álcool em gel foram o grande destaque no trimestre (aumento de 46,4%), genéricos cresceram 30% e os medicamentos “de marca” 21,4% (IN, 2020 *apud* BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2021).

Sestelo (2019) ao analisar a relação entre o público e o privado na saúde argumenta que a saúde suplementar é predatória e concorrencial ao SUS e não alivia a demanda ao sistema público, mas sim dificulta uma distribuição mais equitativa dos recursos disponíveis. Á vista disso, para que a saúde suplementar se torne alternativa de acesso pela população, ela se apropria de parte significativa dos recursos públicos e também dos serviços ofertados por ele, na forma de subsídios estatais e compartilhamento da infraestrutura do setor público. “Em outras palavras, só é possível vender planos de saúde de uso privativo para tanta gente com uma oferta exclusiva e abundante de serviços porque existe uma articulação íntima com a esfera pública como garantia de última linha” (SESTELO, 2019, p. 15 *apud* ALVES, 2021, p.61).

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é demonstrar que o fortalecimento e expansão desse setor tem o Estado como principal apoiador, corroborando com estudos que já vem sendo desenvolvidos por alguns autores, a exemplo de Alves (2021) a qual analisa que o

fortalecimento da saúde suplementar tem sido viabilizada por mecanismos de apoio estatal, tanto nos governos petistas com: as renúncias fiscais; as desonerações; os gastos com planos privados de saúde para servidores públicos; a aprovação da lei nº 11.320/2006, que obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência à saúde privada, além da permissão da entrada no capital estrangeiro na área da saúde, como já citado anteriormente.

Por fim afirmamos que há um parasitismo do setor privado da saúde ao setor público, o qual antecede a criação do SUS, mas que se perpetua e se amplia através de velhos e novos mecanismos que tem disputado e capturado o fundo público destinado a saúde, ao tempo que tem desestruturado uma política de saúde nos termos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Esta ampliação e fortalecimento do setor privado de saúde tem sido assegurada pelo Estado, enquanto guardião dos interesses do capital na sociedade capitalista.

4.2.1 O avanço dos grupos privados da saúde para a esfera financeira: a busca pela lucratividade

Como visto nas seções anteriores o avanço do capital financeiro tem alcançado as políticas sociais, entre elas a saúde, a qual tem como característica ser um setor que envolve muitos trabalhadores especializados, incremento constante de tecnologias, principalmente nos níveis mais complexos de atenção à saúde, além da produção e consumo de insumos. Segundo projeção feita pela Pesquisa IPC Maps, o setor saúde deveria movimentar até o final de 2021 “[...] cerca de R\$ R\$ 313,9 bilhões, o que representa um acréscimo de 13,8% em comparação a 2020 e de 21,8% em relação a 2019” (MEDICINA S/A, 2021, p. 1). Os dados da pesquisa levam em conta as despesas com medicamentos e itens curativos, além de serviços relativos com planos de saúde, tratamento médico e dentário.

O avanço dos grupos privados da saúde para a esfera financeira tem se explicitado na entrada de grandes operadoras de planos de saúde, redes de hospitais privados na bolsa de valores além da indústria farmacêutica, muitas vinculadas a grandes conglomerados internacionais que tem diversificado seus investimentos em diversos setores.

[...] as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil assumiram feição nitidamente financeira e a presença de seus representantes nos centros de decisão governamental tornou-se frequente e visível (Bahia *et al.*, 2016, p. 1).

Segundo a revista Medicina S/A, especialista em análise de negócios, gestão e liderança do setor médico-hospitalar no Brasil, o setor saúde tem ganhado cada vez mais destaque na economia brasileira. Tem capitalizado no mercado financeiro da Bolsa de Valores Brasileira em torno de US\$65 bilhões, “o setor representa hoje 6,7% da bolsa brasileira nos últimos 12 meses – um montante que ultrapassa os US\$ 961 bilhões. A participação é mais do que o dobro da registrada em 2019 (2,5%) e mais do que o triplo da de 2016 (1,9%)”. Com destaque para a Rede D’Or, Notredame Intermédica, Dasa e Hapvida, estas estão entre as companhias que mais foram ao mercado em busca de outras empresas, ou seja, objetivando processos de verticalização. (MEDICINA S/A, 2021).

Tomando como referência o estudo de Sestelo (2017), no qual o autor tratou sobre as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015 e a dominância financeira⁸⁵, além da pesquisa ao site da ANS e de sites de jornais, e site especialista na área, buscaremos desvendar, como tem se dado o processo de financeirização na saúde a partir de alguns grupos privados do setor. Para tanto, elegemos para análise três grupos privados que tem se destacado no mercado financeiro nos últimos anos. A escolha metodológica desses grupos se deu a partir de três perspectivas: operadora de planos de saúde e seguro, planos de saúde e rede hospitalar de saúde. A escolha da operadora e planos de saúde especificamente sobre a assistência médica, teve como parâmetro o site da ANS e sua participação na Bolsa de Valores. A pesquisa ao site da ANS delimitou o período de 2016-2021, período que abarca o governo Temer até a maior parte do governo Bolsonaro, buscou-se selecionar as maiores empresas tanto em termos de receita proveniente de contraprestações pecuniárias, como em quantitativo de beneficiários durante o período selecionado. Como resultado obtivemos as seguintes operadoras: em primeiro lugar a Bradesco Saúde S.A. e em segundo a AMIL Assistência Médica Internacional S.A. Quanto a escolha da rede hospitalar privada, tivemos como parâmetro de seleção a participação na Bolsa de Valor, em que se verificou a existência de apenas duas empresas hospitalares, HapVida e Rede D’Or. O Grupo HapVida tem como característica aliar dois segmentos do setor privado na saúde: além de se constituir como rede hospitalar, o grupo trabalha com a

⁸⁵ Na pesquisa realizada por Sestelo (2017) foi analisada um subgrupo de seis empresas ou grupos econômicos comerciais, são eles: BRADESCO SAÚDE, AMIL, QUALICORP, INTERMEDICA, SULAMERICA e ODONTOPREV. Buscando com esta escolha analisar o seguinte ponto de vista: duas grandes seguradoras, duas medicinas de grupo de grande porte, uma empresa especializada em planos odontológicos que é vinculada ao grupo econômico de uma seguradora, e, a maior administradora de benefícios em atuação.

comercialização de planos de saúde de assistência médica e odontológica. Já a Rede D' Or, apresenta-se como um dos maiores grupos da rede privada de saúde no Brasil em serviços hospitalares em alta tecnologia em diagnóstico e exames laboratoriais.

Sestelo (2017) afirma que as origens do empresariamento na assistência à saúde no Brasil consta desde o período desenvolvimentista, após a final da segunda guerra mundial. Precisamente, “[...] foi na década de 1950 que surgiram as primeiras empresas de *medicina de grupo* como um fenômeno conexo ao desenvolvimento industrial em torno de grandes centros urbanos” (*Ibid.*, p. 162-163).

Nesse sentido o período de expansão geral da produção industrial no Brasil, pós segunda Guerra mundial foi o grande impulsionador das origens históricas das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas, tendo em vista que os “clientes” dessas empresas eram oriundos das fábricas do parque industrial, principalmente em São Paulo, que acessavam esses serviços através dos benefícios assistencial previdenciários vinculados ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), sendo que esse acesso se dava de modo restrito, o que levou a tensões políticas sobre o sistema previdenciário (SESTELO, 2017).

As tensões políticas tiveram como resposta institucional a manutenção de limites à assistência médica para os trabalhadores, por meio da Lei 3.807 de 26 de agosto de 1960. Esta lei colocou também a possibilidade de expansão da rede assistencial, não pelo Estado, mas através da realização de convênios e credenciamentos.

O Departamento de Assistência Médica do IAPI passou a celebrar convênios com empresas que já dispunham de serviços médicos organizados em detrimento da expansão de serviços próprios. O primeiro convênio-empresa foi celebrado em maio de 1964 entre o IAPI e a Volkswagen do Brasil com a intermediação do proprietário da Policlínica Central de São Paulo, Julian Czapski (BAHIA *et al.*, 2005 *apud* SESTELO, 2017, p. 190).

Sestelo (2017) chama atenção para a criação de um importante ator político nesse período, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo -ABRAMGE, a qual “[...] ocupou, nas décadas seguintes, um lugar importante na construção de uma ideologia empresarial de prática médica com influência ampla em setores da burocracia estatal” (*Ibid.*, p. 190).

Outro surgimento importante desse período foi o das cooperativas de trabalho médico (UNIMEDs), segundo o autor “[...] foi a pedra angular de uma disputa, pautada sobre questões éticas, e ensaiada entre as *medicinas de grupo* e a corporação médica pelo controle da assistência à população de trabalhadores da indústria em expansão na década de 1970” (*Ibid.*, p. 190).

Ainda segundo a pesquisa realizada por Sestelo é possível identificar que o surgimento de muitas empresas de saúde remete ao período da ditadura empresarial militar, ou seja, antes mesmo da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000, e da criação da Lei Federal 9.656/98 que dispõe sobre planos e seguros de saúde. As empresas selecionadas para essa pesquisa ratificam o argumento do autor citado, ao mesmo tempo que a maioria faz parte do escopo de sua pesquisa.

O padrão de assistência à saúde dos trabalhadores mediado pela política previdenciária buscava fortalecer a abertura de espaço para o empresariamento da saúde com apoio estatal, segundo Sestelo: “[...] esse é o fio condutor que explica a relação de identificação da ideologia empresarial com o governo pós 1964” (2017, p. 193). A ABRAMGE através de suas teses teve um destacado papel nesse fortalecimento, junto com a burocracia estatal subsistiram e ganharam expressão institucional duradoura, seja na legislação tributária, nas normas de previdência complementar ou, mais recentemente no novo regime regulatório instaurado a partir da Lei 9.656/98 e da criação da ANS. Diversas empresas surgiram e se desenvolveram a partir dessa origem histórica comum, porém guardando suas peculiaridades (SESTELO, 2017).

a) Amil

O surgimento da AMIL (Assistência Médica Internacional) consta desse período, em 1978, beneficiada segundo Sestelo (2017) pela mesma política governamental, ao mesmo tempo que se tem a expansão da clientela das Medicinas de Grupo e sua diversificação nas grandes cidades.

Bahia *et al.* (2005) é uma das autoras que tem se debruçado sobre o processo de expansão dos planos privados da saúde no Brasil. A autora analisa que a partir da década de 1980 um primeiro ciclo de expansão das empresas de planos de saúde pioneiras esgota-se, iniciando um segundo ciclo da qual a Amil “[...] representa um modelo relevante e ilustrativo de atuação empresarial em um cenário mais amplo e complexo, no que se refere à especialização e capacitação tecnológica na oferta de serviços de saúde, e na estratificação da demanda pelos planos” (*apud* SESTELO, 2017, p. 197).

Apesar de só ter se constituído formalmente como Medicina de Grupo em 1978, a trajetória histórica da Amil tem início no mercado da saúde em 1972, quando seu fundador Edson de Godoy Bueno, “ainda estudante de medicina na UFRJ comprou a casa de Saúde São José, uma maternidade de 16 leitos em condição falimentar e com estrutura física deteriorada (BAHIA, 2005 *apud* SESTELO, 2017, p. 197). A estrutura física foi reconstruída para compor a rede assistencial conveniada ao INPS, no município de Duque de Caxias. O que segundo Bahia (2005 *apud* SESTELO, 2017) propiciou um aumento da rotatividade dos leitos de

obstetrícia, levando a um aumento de partos bastante significativo, de 90 para 700 partos mensais.

A tendência foi de crescimento com a compra de mais hospitais e novos profissionais especializados contratados, além da incorporação de novos equipamentos e tecnologias assistenciais modernas. Este investimento se refletiu no aumento do faturamento, fazendo em 1976 ser criada uma empresa para a administração da nova rede hospitalar (ESHO – Empresa de Serviços Hospitalares). Através do crédito subsidiado pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAT) a empresa conseguiu multiplicar por quatro a quantidade de seus leitos no período de 1972 a 1978 (BAHIA, 2005 *apud* SESTELO, 2017).

A partir da demanda previdenciária estável a ESHO passou a celebrar convênios com associações profissionais de servidores públicos tornando mais complexo o perfil da sua clientela até a adoção da estratégia de criação de uma empresa de planos de saúde em 1978, a AMIL. Se os recursos da previdência foram imprescindíveis para consolidação da rede assistencial da ESHO e os recursos do FAT úteis para a sua expansão e aparelhamento, a criação da AMIL foi a ponta de lança de uma estratégia delineada para reduzir a dependência econômica do grupo em relação ao INPS (*Ibid.*, p. 198).

A trajetória de expansão da rede hospitalar não coincidiu com a venda de planos de saúde, os médicos sócios da AMIL, tiveram dificuldade em expandir a vendas dos planos de saúde até 1983. Segundo Sestelo o mercado de planos privados no Rio de Janeiro nos anos 1980 tinha a liderança da Golden Cross, “[...] empresa que dispunha de uma extensa legião de corretores e uma estratégia de vendas agressiva” (2017, p. 200). Este cenário foi sendo modificado progressivamente através da contratação de mais médicos e do aumento de hospitais credenciados e com a celebração de convênios com as grandes empresas, o que tornou a AMIL no ocaso do regime militar, a segunda maior empresa de planos de saúde do Rio de Janeiro em número de clientes e em faturamento (BAHIA, 2005 *apud* SESTELO, 2017).

Nessa direção o autor afirma que a estratégia da AMIL se mostrou bem-sucedida com relação a sua principal concorrente, a Golden Cross. A partir do final dos anos 1980 a AMIL conseguiu inverter a relação de dependência estabelecida, “[...] ou seja, se de início a AMIL teve dificuldade para compor uma relação de unidades assistenciais conveniadas, agora eram os hospitais, laboratórios e consultórios que dependiam da sua intermediação para garantia de níveis mínimos de faturamento” (SESTELO, 2017, p. 201).

A expansão da AMIL foi sendo cada vez mais fortalecida nos anos posteriores com a introdução de um sistema de franquias⁸⁶ para diversas cidades do Brasil, como São Paulo, Brasília e Curitiba, dando um passo mais a frente com a expansão em caráter internacional, com a criação em 1997 da *AMIL International Health Corporation*, nos Estados Unidos.

Em 2007, a AMIL passa por uma reestruturação societária e sua estratégia de expansão tem continuidade com a abertura de seu capital, passando a se chamar Amil Participações S.A, além da aquisição da Blue Life, da Med Card e da Clinihauer. E em 2008, novas aquisições com a AMPLA, a Life System e a Casa de Saúde Santa Lúcia. Chegando a controlar mais de 10% das vendas de planos de saúde no Brasil nesse ano. Em 2010, o foco de expansão com novas aquisições se dá na região nordeste com a compra da ASL- Assistência à Saúde Ltda. e da Saúde Excelsior. Em 2011, “[...] expande ainda mais a sua rede própria de atendimento com a compra de dois hospitais no Rio de Janeiro, o Samaritano e o Pasteur, assim como a empresa de plano de saúde *Lincx Sistemas de Saúde*” (SESTELO, 2017, p. 202, grifo do autor).

O processo de expansão e internacionalização da AMIL atinge um novo patamar em 2012 quando a AMILPAR foi vendida ao *United-Health Group* em uma operação que introduziu no sistema de assistência à saúde do Brasil um agente de peso com interesses corporativos associados a grandes investidores internacionais. No ano seguinte, aproveitando a crise fiscal em Portugal, a AMIL, agora controlada pelo *United-Health*, comprou o grupo HPP Saúde com seis hospitais e duas clínicas (*Ibid.*, p. 202-203, grifo do autor).

Em 2014 a AMIL realiza novas aquisições de hospitais e clínicas, especialmente em São Paulo, a exemplo do: Instituto Santista de Oncologia-ISO; Hospital Carlos Chagas em Guarulhos; Hospital AMA; Hospital Madre Theodora em Campinas; Hospital *Saint Vivant* em Sumaré e empresas de planos de saúde, como a Next e a Dental Center. Esse período foi marcado também pela expansão de sua própria rede assistencial com a inauguração do *America's Medical City* na Barra da Tijuca, no Rio de Janeiro (SESTELO, 2017).

De acordo com o autor supracitado (2017) o sucesso da AMIL “[...] significa que houve, ao longo desse processo, ganhos de capital consideráveis em um ambiente de negócios originalmente conexo ao sistema previdenciário oficial e caracterizado por uma enorme assimetria de informação entre as partes interessadas” (*Ibid.*, p. 204).

⁸⁶ Segundo o site da Amil, ela “[...] foi a primeira empresa do mundo a utilizar o sistema de franquias para ampliar a sua cobertura no país, oferecendo o seu padrão de qualidade e de atendimento às principais cidades do Brasil” (AMIL, 2022, p. 1).

Esta articulação com o Estado se mostrou presente durante o governo de Dilma Rousseff, quando a operadora através de uma audiência se reuniu com a presidenta, “[...] a fim de defender a implementação dos planos populares de saúde” (SOARES, 2021, p. 29).

b) Bradesco Saúde

A partir dos anos 1990 e logo após a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) a discussão se deu em torno do conflito entre os interesses das empresas de planos e seguros de saúde com os de amplos setores organizados da sociedade. Conforme analisa Andreazzi (2002), o poder econômico e estruturado das seguradoras permitiu a extensão e controle sobre as vendas de planos e seguros de saúde, sob as cooperativas e medicinas de grupo. Sestelo (2017) ressalta que “[...] embora tais prognósticos não tenham efetivamente se confirmado, é inegável que o espalhamento da *dominância financeira* se fez presente nas estratégias corporativas de todas as empresas do setor, não importando a denominação que recebiam” (p. 205, grifo do autor).

Ainda segundo o autor o protagonismo inicial das seguradoras na elaboração de uma nova agenda regulatória imposta as medicinas de grupo e cooperativas dominadas pela lógica consumerista e financeira ocorreu em consonância às transformações no padrão de acumulação do capital em escala global representam uma faceta particular desse fenômeno perfeitamente de acordo com a política de governo em voga nos anos 1990 de abertura de mercados e nova inserção do país nas cadeias de relações econômicas internacionais (*Ibid.*, p. 205-206).

O advento da legislação sobre o comércio de planos e seguros de saúde em 1998 criou um ambiente institucional híbrido onde seguradoras e empresas médicas, originadas a partir de relações estabelecidas com a medicina previdenciária, passaram a compartilhar o mesmo marco legal. No que se refere às seguradoras, um pequeno ajuste de conveniência foi feito com o estabelecimento da exigência de criação de empresas específicas para a venda de seguro-saúde sob a denominação de *seguradoras especializadas em saúde* (SESTELO, 2017, p. 249-250, grifo do autor).

O início da trajetória histórica das seguradoras tradicionais no Brasil, remonta ao seguro marítimo, com as grandes linhas do comércio internacional do século XIX.

Seu primeiro campo de acumulação de capital segue as rotas do tráfico de escravos e do ciclo agroexportador da cafeicultura tendo como marco regulatório o Código Comercial Brasileiro de 1850. O desenvolvimento industrial verificado no início do século XX encontrou uma estrutura de serviços financeiros securitários dotada de bases mais robustas e estáveis (*Ibid.*, p. 206).

O seguro de vida no Brasil começou a ser autorizado em 1855 a partir do Código Comercial. Em 1916, com a lei nº 3.071 que definiu o Código Civil brasileiro, dedicou um capítulo específico para o contrato de seguro e fixou os princípios essenciais do contrato disciplinando os direitos e obrigações das partes, de modo a evitar e dirimir conflitos entre os interessados (SESTELO, 2017, p. 206).

O Estado passa a regulamentar os seguros e resseguros em 1939 a partir do Decreto Lei 1.186, o qual dispunha por objeto *regular os resseguros no país e desenvolver as operações de seguros em geral*. Na prática essa política concentrou nas seguradoras nacionais a repartição do risco sistêmico, fortalecendo assim seu nível de capitalização em detrimento das empresas estrangeiras em uma época de conflito armado em escala global com risco evidente para a navegação internacional (*Ibid.*, p. 207).

O grupo Bradesco Seguros ao qual está vinculada a Bradesco saúde, surge nessa época, precisamente em 1935, com a fundação da *Atlântica Companhia Nacional de Seguros*. O banco Bradesco surgiu posteriormente, em 1943, na cidade de Marília no estado de São Paulo, fundado por Amador Aguiar. Constituinto-se em 1959 como o maior banco privado da América latina no âmbito da política varejista.

Apenas em 1983 é que a BRADESCO SEGUROS passou a integrar o grupo econômico Bradesco, com essa denominação, como sucessora da *Atlântica Companhia Nacional de Seguros* e no ano seguinte, 1984, passou a atuar na área de seguro-saúde por meio da BRADESCO SAÚDE, seguradora especializada em saúde. Atualmente a BRADESCO SAÚDE é controladora da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de administração por pós-pagamento e da ODONTOPREV, empresa de planos de saúde odontológicos (SESTELO, 2017, p. 207, grifo do autor).

O grupo Bradesco Seguros tem um portfólio de empresas com atuação especializada em diferentes ramos, além da Bradesco Saúde, a empresa investe na especialização de seguros de automóvel com a Bradesco Auto/Re Companhia de Seguros; atua também com a previdência complementar através da Bradesco Vida e Previdência, além da atuação com empreendimentos imobiliários, na gestão, locação e aquisição de imóveis corporativos (BRADESCO, 2021).

Durante a ditadura empresarial-militar o governo promoveu uma ampla reforma nos marcos regulatórios da atividade securitária, regulando esta atividade a partir do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

Em 1966, através do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, foram reguladas todas as operações de seguros e resseguros e instituído o Sistema

Nacional de Seguros Privados, constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); Instituto de Resseguros do Brasil (IRB); sociedades autorizadas a operar em seguros privados; e corretores habilitados.

O Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização - DNSPC -foi substituído pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP -entidade autárquica, dotada de personalidade jurídica de Direito Público, com autonomia administrativa e financeira, jurisdicionada ao Ministério da Indústria e do Comércio até 1979, quando passou a estar vinculada ao Ministério da Fazenda.

Em 28 de fevereiro de 1967, o Decreto nº 22.456/33, que regulamentava as operações das sociedades de capitalização, foi revogado pelo Decreto-lei nº 261, passando a atividade de capitalização a subordinar-se, também, a numerosos dispositivos do Decreto-lei nº 73/66. Adicionalmente, foi instituído o Sistema Nacional de Capitalização, constituído pelo CNSP, SUSEP e pelas sociedades autorizadas a operar em capitalização (Anuário Estatístico da SUSEP 1997, SUSEP, 2016 *apud* SESTELO, 2017, p. 208).

Conforme Sestelo (2017) a regulação do Estado sobre o comércio de planos e seguros de saúde em 1998, provocou um ambiente institucional onde seguradoras e empresas médicas, que mantinham relações com a medicina previdenciária anteriormente, passassem a compartilhar o mesmo marco legal. Impondo, no entanto, para as seguradoras a exigência de “criação de empresas específicas para a venda de seguro-saúde sob a denominação de *seguradoras especializadas em saúde*” (*Ibid.*, p. 250, grifo do autor). O grupo Bradesco, todavia, já havia se antecipado a tal exigência, com a Bradesco Saúde, empresa especializada desde os anos 1980.

c) Hapvida

A empresa Hapvida Saúde é uma das selecionadas para esta pesquisa, tendo em vista serem uma das maiores operadoras de planos de saúde em número de beneficiários, segundo os dados da ANS. Seu surgimento remonta ao ano de 1979 quando o médico oncologista *Cândido Pinheiro de Lima* fundou o *Hospital Antônio Prudente* em Fortaleza, um dos mais importantes da capital cearense (HAPVIDA, 2022).

Em 1993, seu fundador criou o Hapvida Saúde, um plano de saúde dentro da modalidade de medicina de grupo, a exemplo da AMIL, a princípio operando dentro do mercado do Ceará. A empresa logrou novos investimentos, após a criação do plano de saúde, “[...] vieram a Clínica de Diagnóstico Vida&Imagem, o Laboratório Antônio Prudente e as Hapclínicas” (HAPVIDA, 2022, p. 1).

Segundo Sestelo (2017) a história dessa empresa transita por uma trajetória que tem origem na atividade clínica exercida por um profissional médico ou grupo de médicos, caracteriza pela medicina de grupo, mas que evoluiu para a “[...] criação de uma empresa de intermediação da assistência em rede própria ou conveniada. A sua peculiaridade está no fato de ter como sede uma capital do Nordeste e sua principal área de atuação também estar nas regiões Norte e Nordeste do país” (*Ibid.*, p. 213).

De acordo com o site da empresa, “o Hapvida é o maior sistema de planos de saúde e odontológicos do Brasil em número de beneficiários” (HAPVIDA, 2022, p. 1). O *Hapvida Sistema de Saúde* está presente em 9 estados do Nordeste, 2 estados do norte, 4 estados do centro-oeste e 2 estados do sul e sudeste, e tem uma carteira de cerca de 4 milhões de usuários, dados relativos até o ano de 2022. A empresa junto com o grupo América, presta serviços através de uma rede assistencial própria. Segundo consta em seu site, até 2022, essa rede é composta por 84 hospitais, 75 Pronto atendimentos, 294 clínicas e 262 centro de diagnóstico por imagem e coleta laboratorial (*Ibid.*).

O crescimento da empresa levou a busca por novos negócios a fim de se expandir cada vez mais, desencadeando em 2022 a fusão do Sistema Hapvida com o Grupo NotreDame Intermédica (GNDI) resultando na “[...] criação de uma das maiores operadoras verticalizadas do mundo com cerca de 15 milhões de clientes e 18% de participação de mercado em planos de saúde” (HAPVIDA, 2022, p. 1). O grupo Hapvida tem sua atuação concentrada nas regiões norte e nordeste, enquanto o grupo NotreDame no sul e sudeste, permitindo a abrangência nacional dos grupos. Após a fusão ambos anunciaram, em 31 de março de 2022, o lançamento “[...] chamado de ‘solução nacional’ o produto visa ofertar um modelo com rede de atendimento de qualidade para atender às necessidades específicas de cada cliente sem que importe a região que ele esteja” (CORREIO BRAZILIENSE, 2022, p. 1).

A fusão dos dois grupos buscou também alavancar seu desempenho na Bolsa de Valores. O sistema Hapvida iniciou suas operações na B3, como é conhecida a Bolsa de Valores brasileira desde 2018, assim como o grupo NotreDame. Segundo o site do Grupo NotreDame, a abertura de capital com a entrada na Bolsa de Valores impulsionou a estratégia de verticalização, com novas fusões e aquisições nos últimos anos, a exemplo da fusão com o sistema Hapvida Saúde.

Sestelo (2017) chama atenção em sua análise da busca de favorecimento dessas empresas na estrutura do Estado, dando como exemplo “a indicação do nome de Elano Rodrigues de Figueredo para o cargo de diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar”

(2017, p. 221). Elano atuou contra ANS, enquanto ocupou o cargo de Diretor Jurídico da Hapvida.

A pedido da Casa Civil, a Comissão de Ética da Presidência abriu investigação para apurar possível conflito de interesse no exercício da função pública e acolheu denúncia encaminhada pelo Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO dando conta de que Elano, uma vez investido da função pública, não se declarou impedido de julgar processos do interesse de empresas pelas quais havia militado contra a ANS. Após a Comissão de Ética opinar pela sua demissão, Elano renunciou ao seu mandato e retirou-se da diretoria da ANS (SESTELO, 2017, p. 221-222).

Corroboramos com Sestelo (2017) sobre a dependência histórica das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil com as políticas públicas de saúde e previdência. Ao evidenciar ao mesmo tempo uma longa trajetória das empresas pioneiras na equiparação com as grandes seguradoras referente ao regime de fiscalização comum executados pela ANS. O Hapvida apesar de ter surgido no final dos anos 1990, se tornou uma das maiores operadoras, abrindo seu capital e se colocando entre as dez maiores empresas do setor.

Esse fato histórico ilustra o sentido e o viés inerentes ao novo regime regulatório estabelecido a partir dos anos 2000 e destaca a importância da investigação sobre a natureza e as especificidades da rede que articula de forma sub-reptícia a estrutura organizacional e proprietária das empresas com agentes de governo e com agentes atuantes no campo financeiro (SESTELO, 2017, p. 223).

Este processo pode ser percebido no lobby que essas empresas fazem a exemplo do financiamento de campanha eleitoral a partidos políticos e a sujeitos específicos. Como visto anteriormente, o ministro tanto do governo Temer, Ricardo Barros, como o primeiro ministro do governo Bolsonaro, Luís Henrique Mandeta, tiveram suas campanhas financiadas por empresas de saúde, grupo aliança e Amil, respectivamente. Nessa direção, segundo apurado pelo site poder 360, esse tipo de lobby já vem sendo iniciado para as eleições presidenciais de 2022 e o grupo Hapvida, através de doações de pessoa física por parte dos integrantes da família Koren Lima, donos da operadora, doaram uma cifra considerável ao Partido Liberal (PL), ao qual é filiado o presidente Jair Bolsonaro. Segundo apurou o site “o grupo seria um dos maiores doadores do partido até o momento, com um montante de cerca de R\$ 1 milhão” (FAGUNDES; BEHNKE, 2022, p. 1).

A doação não se restringiu ao PL, “[...] os donos da operadora doaram, em abril e maio de 2022, R\$ 750 mil ao PT. Todos os repasses foram feitos em nome de 4 integrantes da

família” (FAGUNDES; BEHNKE, 2022, p. 1). Cabe ressaltar que a legislação brasileira a partir de 2015 vedou as doações de empresas para campanhas eleitorais, restando a estas fazer doações através de pessoas físicas, está parece ter sido a estratégia utilizada pela Hapvida.

d) Rede D’or

A Rede D’Or é uma das maiores redes hospitalares do país. Em 2019 a rede foi escolhida pela revista Exame como empresa do ano por ser o maior grupo de hospitais do Brasil. Essa rede surgiu nos anos 1990 no Rio de Janeiro, sua trajetória histórica, entretanto, remonta a 1977, com a “[...] fundação do Grupo Labs e abertura da primeira unidade Cardiolab, em Botafogo, no Rio de Janeiro” (REDE D’OR, 2022, p. 1) pelo médico cardiologista Jorge Moll Filho. A atuação do grupo se dava na área de diagnósticos, como ultrassonografia e ecocardiograma. Ao longo dos anos 1980 o grupo amplia seus serviços de diagnóstico na área de cardiologia e abre novas unidades em outras localidades do Rio de Janeiro.

A expansão de novas unidades se dá nos anos posteriores, e partir dos anos 1990, se dar a expansão para área hospitalar a partir da aquisição do Hotel Copa D’or, localizado no Rio de Janeiro, por Jorge Moll Filho. Segundo a revista Exame o hotel pertencia ao imigrante português Gaspar D’Orey, o empresário estava doente e queria voltar para Portugal. Todavia, precisava quitar uma dívida com o sócio Jacob Barata, e entregou o hotel a Barata como parte do pagamento. “Parte da dívida foi assumida por Moll, a quem D’Orey tinha emprestado dinheiro para a expansão da Cardiolab” (VILLAS BÔAS, 2022, p. 1).

[...] Um dos filhos de Barata, Daniel, passou a se encontrar mensalmente com Moll para receber o pagamento da dívida. Nesses encontros, o cardiologista convenceu Daniel de que transformar o hotel Copa D’Or em hospital seria o negócio da vida deles. Daniel se entusiasmou, mas o pai, não. Seu negócio era transportar pessoas em ônibus, não em ambulâncias. Em dezembro daquele ano, Daniel foi sequestrado e, em janeiro de 1995, morto. Jacob Barata decidiu, então, realizar o desejo do filho e levar à frente a sociedade com Moll. A ideia de que abrir um hospital era um grande negócio surgiu de uma constatação: os moradores endinheirados da zona sul carioca estavam mal atendidos. O Rio tinha poucos bons hospitais particulares, como Samaritano, Pró-Cardíaco, Clínica São José. Cada um deles tinha menos de 100 leitos (VILLAS BÔAS, 2022, p. 1).

Todavia, a licença para transformar o hotel em hospital levou cerca de quatro anos, durante esse interim Moll foi convidado a se tornar cotista de um hospital na Barra da Tijuca, que posteriormente se tornou o Barra D’Or, considerado pela empresa como o primeiro hospital da rede. A expansão da rede hospitalar se seguiu ao longo dos anos. Conforme consta no site

da empresa a Rede D'Or é composta por 68 hospitais próprios, 50 clínicas oncológicas e 11 mil leitos totais, espalhadas pela região sul, sudeste, nordeste e centro-oeste. Conforme a revista Exame:

O que fez da Rede D'Or um sucesso, além da capacidade financeira, foi juntar equipamentos modernos com serviços de hotelaria (seus primeiros hospitais tinham chef de cozinha, cabeleireiro e manicure). Logo que decidiu investir em hospitais, Moll foi conhecer a clínica Mayo, em Rochester, Minnesota, nos Estados Unidos, referência mundial no setor. Ele anotou compulsivamente tudo o que pretendia copiar, desde o circuito de atendimento dos pacientes, passando pela arquitetura, até o conceito de manter a emergência aberta — qualquer um que chegasse seria atendido, independentemente de ter plano de saúde, e cobrado futuramente. O momento também ajudou. Era o início de um ciclo de expansão inédito para o mercado de saúde privado no país (VILLAS BÔAS, 2022, p. 1).

A Rede D'Or se tornou o maior grupo de hospitais independentes do país em 2010, quando contava com 13 unidades. Passando nesse período a ser capitalizada pelo Banco BTG Pactual, com a injeção de 600 milhões de reais na rede via a criação de um fundo criado pelo banco, o que permitiu a inauguração e compra de mais hospitais. Segundo a revista Exame, em 2015, “[...] o faturamento da empresa triplicou, para 5 bilhões de reais; e o lucro aumentou cinco vezes, para 320 milhões” (VILLAS BÔAS, 2022, p. 1).

De acordo com Lima (2017) com a permissão para a venda de ações a empresas estrangeiras através da Lei 13.097⁸⁷ de janeiro de 2015, o fundo de americano de participações *private equity Carlyle* comprou 8,3% da rede de hospitais, por 1,8 bilhão de reais. “Um mês após a entrada do *Carlyle* na Rede, o BTG Pactual se desfez de vez da participação na Rede D'Or por meio da venda do restante de suas ações para o Fundo Soberano de Cingapura (GIC⁸⁸)” (2017, p. 212). O Fundo pagou 2,4 bilhões de reais, ficando a família Moll com o controle de 57,4%.⁸⁹

⁸⁷ Trata-se da Lei 13.097, que dispõe sobre a autorização para a entrada de capital estrangeiro em hospitais na área da saúde, algo que era proibido até então. A negociação foi a primeira compra de participação acionária por estrangeiros em hospitais brasileiros (LIMA, 2017, p. 212).

⁸⁸ O GIC abriu um escritório em São Paulo em abril de 2014, com planos de investir em setores como o imobiliário, de saúde, serviços corporativos e financeiros, além de recursos naturais e infraestrutura. “O fundo é o oitavo maior do mundo, com US\$ 285 bilhões em ativos. No Brasil, o GIC já é acionista de empresas como Kroton, Abril Educação e Aegea, de saneamento” (ESTADÃO ECONOMIA & NEGÓCIOS, 2015 *apud* LIMA, 2017, p. 212).

⁸⁹ De acordo com a Revista *Exame invest*, o Fundo Soberano, em inglês, Sovereign Wealth Funds (SWF) é uma categoria de fundo de investimento específica, administrada pelo governo federal e que possui um objetivo predeterminado. “Geralmente, seus recursos são oriundos dos ganhos em royalties, excedentes de arrecadação fiscal, lucro de estatais e ganhos em royalties. No entanto, esta categoria de fundo não é negociada no mercado, sendo assim, o investidor não pode simplesmente investir nele. O governo federal do país determina o tipo de gestão de risco do fundo, podendo variar de muito

Recentemente, a companhia anunciou investimento de 8 bilhões de reais até 2023 em crescimento orgânico, com a construção de mais dez hospitais. Contra a verticalização da concorrência, a Rede D'Or também tem desenhado um modelo em que o atendimento fica centrado nos hospitais de sua rede. O objetivo é reduzir a proporção de leitos vazios em seu parque hospitalar, ainda que isso signifique perder margem por paciente (REDE D'Or, 2022, p. 1).

Na pesquisa realizada sobre as Organizações Sociais no Rio de Janeiro, Lima (2017) identificou que a Rede D'Or criou, em 2012, a OSs identificada como Instituto D'Or de Gestão da Saúde pública, considerada braço social da Rede hospitalar. Desde 2013, o Instituto D'Or está gerindo o Hospital Estadual da Criança. Conforme a investigação da autora, até aquele momento, não havia sido encontrada denúncias de corrupção ou irregularidades que envolvessem essa OSs. Todavia, chama-nos atenção o interesse de uma das maiores redes hospitalares na gestão de um hospital público. Lima ressalta a necessidade de se observar com cautela este interesse, “[;];] tendo em vista que a determinada instituição, desde o seu nascimento, está voltada para a prestação da assistência à saúde como fonte de lucro, numa lógica totalmente inversa ao modelo de saúde defendido e preconizado pelo SUS” (LIMA, 2017, p. 214).

No que se refere a Rede D'Or este interesse tem sido manifestado publicamente a partir do governo Bolsonaro, quando o ministro da saúde Marcelo Queiroga, “[...] em 22 de abril de 2021, recebeu em seu gabinete Jorge Moll Filho, presidente da maior rede de hospitais privados do País, a D'Or, e publicou nas redes sociais que estava tratando com ele sobre a reforma do sistema de saúde no Brasil” (CORREIA, 2022. p. 84).

Quanto as estratégias de alavancagem no mercado financeiro, estas não foram interrompidas durante a pandemia, nem tampouco tirou os grupos econômicos que atuam na saúde de posições de destaque. “Até o terceiro trimestre de 2020, o setor de “Hospitais e Laboratórios de Análises Clínicas” ocupou o quinto lugar no ranking anual de fusões e

conservadora a um grau alto de tolerância ao risco, tudo depende do objetivo que se tem para o **Fundo Soberano**. Atualmente, os principais países a possuírem um **Fundo Soberano** são: Noruega; Singapura; China e Dubai. O Brasil também já possui um fundo do tipo. O **Fundo Soberano do Brasil (FSB)**, foi criado em 24 de dezembro de 2008 e vinculado ao Ministério da Fazenda, recebendo aporte inicial de R\$14 bilhões. Em 2018, o **Fundo Soberano brasileiro** foi totalmente zerado para quitar dívidas públicas. Alguns estados brasileiros também possuem **fundos soberanos**, entre eles o Rio de Janeiro e o Espírito Santo. Os municípios de Niterói (RJ), Maricá (RJ) e Ilhabela (SP), também possuem, onde os recursos provêm dos royalties do petróleo e do gás natural. **Fundos soberanos** existem desde a década de 50. Os primeiros foram criados pelo Kuwait e Arábia Saudita. Inicialmente, o objetivo era de acumular recursos de exploração dos recursos naturais de ambos os países para uso futuro. Com isso, seria possível permitir **investimentos a longo prazo** que garantam boa rentabilidade. Geralmente, o principal objetivo de um **Fundo Soberano** é elaborar uma carteira de investimentos que consiga gerar boa rentabilidade no longo prazo, fornecendo ao país uma capacidade de se financiar em momentos de crises econômicas ou, ainda, desenvolver o país de modo a criar um melhor futuro para seus habitantes.

aquisições, e a décima primeira posição no acumulado entre 2001 e 2020” (KPMG, 2020 *apud* BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2021, p. 10).

A Tabela abaixo elaborada por Bahia, Lazzarini e Scheffer (2021) apresenta uma síntese de operações financeiras realizadas pelas maiores operadoras de planos de saúde no ano de 2020, a qual inclui as empresas aqui apresentadas, bem como operações de outros grupos econômicos que não atuam diretamente na prestação de assistência à saúde, como a Rede de Farmácias Pague Menos.

Tabela 9 – Operações financeiras de empresas do setor saúde, Brasil, 2020

A – Aquisições das maiores empresas de planos de saúde			
Empresa	Aquisições	Atividade/Subsetor	Valor (R\$ milhões)
Notredame Intermédica	Medisanitas Brasil (MG), São Lucas (SP), Ghelfond (SP), Lifecenter (MG), Santa Mônica (MG), Serpram (MG), H. do Coração de Londrina (PR), Climepe (MG), Bio Saúde (SP), Lifeday (RS, SC), H. do Coração de B. Camboriú (SC), H. Santa Brígida (PR).	Plano de Saúde, Hospital, Farmácia, Clínicas, SADT	5.396
Hapvida	Promed (MG), São José (SP), Premium Saúde (DF, MG), Santa Filomena (SP), Plamheg (GO), Samedh (GO), Cl. N. S. Aparecida (GO), H. Sinhá Junqueira (SP).	Plano de Saúde, Hospital, SADT	2.064
Sul América	Paraná Clínicas (PR)	Plano, Hospital, Farmácia, Clínicas, SADT	385
Bradesco Saúde	Sem informações		
Amil	Sem informações		
B – Maiores Operações			
Rede D'Or	IPO	Plano de Saúde, Hospital, SADT	11.400
DASA	Aquisições: Lefort (SP), Grupo Exame (RS), Hemat (SP)	Hospital, SADT	1.770
Pague Menos	IPO	Farmácia	859
Qualicorp	Plural (RJ), Oxcorp (RJ), Muito Mais Saúde (RJ, SP), Clube Care Brasil (SP)	Administradora, corretora, carteira de clientes	399
Fleury	Aquisições: C. de Infusões Pacaembu (SP), Cl. Moacir Cunha (SP)	Terapias infusionais, clínica de especialidade	150
DASA e Ímpar	Fusão	SADT, Hospital	n.s.a.

Fonte: GPDES-GEPS, 2020

A Rede D'Or tem intensificado seu processo de alavancagem no mercado financeiro, com a compra da SulAmérica. A Rede tinha anunciada a compra da SulAmérica ainda no final de fevereiro de 2022, mas aguardava parecer definitivo do CADE, que apresentou sua decisão favorável à compra da seguradora de saúde SulAmérica pela Rede D'or, sem restrições⁹⁰ em dezembro de 2022. “A Rede D'or já detinha 29,8% das ações da SulAmérica e comprou o restante por R\$ 6,1 bilhões”. Segundo Sestelo (2022), a compra de uma seguradora tradicional,

⁹⁰ A argumentação central do CADE para tal parecer defendeu que a fusão entre as empresas constitui a chamada concentração vertical do setor, pois cada grupo opera em serviços diferentes dentro de um mesmo ramo. Obedecendo a lógica normal do mercado.

empresa do setor financeiro com atuação forte em seguro-saúde, por um setor de serviços na saúde, como a Rede D'or é algo inédito. Revela o interesse de uma operação cada vez mais complementar, verticalizada entre os dois grupos. Além de evidenciar o “*modus operandi* da financeirização nas estratégias corporativas de empresas, “cujo objetivo social declarado não se encaixa formalmente no setor financeiro, mas que, na prática, são geridos como se fossem empresas financeiras⁹¹” (BRITO, 2022).

Conforme já explicitado, a crise do capital tem requerido novos nichos de acumulação, sob a dominância do capital financeiro, a saúde tem sido incorporada a esse processo por várias vias, como já explicitado.

Verifica-se a intensificação da esfera financeira com o processo de desnacionalização de empresas do setor no Brasil, através da formação de grandes conglomerados permitido pela entrada do capital estrangeiro na saúde. A busca pela expansão sempre em escala crescente de acumulação de riqueza é demonstrada pela expansão dos serviços através de várias frentes, assim como pela entrada das empresas acima estudadas na Bolsa de Valores Brasileira.

De acordo com Lavinhas e Gentil (2018), o capital financeiro tem buscado sistematicamente conquistar novos espaços para sua revalorização e encontrou nos serviços tradicionalmente sob responsabilidade do Estado, como é o caso das políticas sociais: como saúde, educação, previdência, nichos para se expandir. “Isso é feito com forte colaboração do Estado quando este reduz ou deteriora sua oferta pública de forma que desestimula a demanda da sociedade e a induz a buscar no mercado aquilo que deveria ser direito” (*Ibid.*, p. 195).

As autoras argumentam que o Estado intervém na acumulação financeira no sentido de dar lastro, atuando de forma articulada em três frentes. A primeira se caracteriza pelos “[...] mecanismos de correção de preços dos serviços acima da inflação média do setor e da economia [...]” (LAVINHAS; GENTIL, 2018, p. 204)., dando como exemplo o que se passa no setor saúde, com os reajustes de planos de saúde. “Entre 2007 e 2016, a ANS autorizou um reajuste acumulado de 127,8% para os planos, contra um IPCA médio de 82,63%, sendo o IPCA-saúde estimado em 91,13%” (*Ibid.*, p. 204). A segunda se relaciona com o estabelecimento de políticas de desoneração tributária, as quais elevam a margem de lucro das empresas e retiram do fundo público receitas que poderiam ser investidas na execução direta dos serviços públicos, agravando assim “[...] o subfinanciamento dos serviços de caráter universal a coletividade, sucateando a oferta pública e concentrando a renda e a riqueza” (*Ibid.*, p. 204). A terceira e última frente, identificada pelas autoras, diz respeito a atuação do Estado na formulação e

⁹¹ Trecho da análise feita por José Sestelo ao site Outra Saúde.

implementação de políticas sociais sob o argumento da inclusão, através de empréstimos, exemplo do Fies, na concessão de bolsas de estudos em entidades privadas, como o Prouni, como fiador, reduzindo o risco do crédito concedido e “minimizando a volatilidade financeira dessas empresas, assegurando-lhes, outrossim, ocupação de capacidade ociosa e contribuindo para o processo de concentração e centralização do capital, ou seja, fomentando a expansão do mercado privado nas áreas sociais, como educação e saúde, como resposta as demandas do capital.

Agora, a provisão dos serviços passa a ter como meta prioritária o lucro dos acionistas, que são, notoriamente, grandes grupos financeiros internacionais, distantes e alheios do conteúdo dos serviços prestados. Interesses especulativos não tem horizonte de longo prazo e, portanto, estão descolados de um projeto de desenvolvimento (LAVINAS; GENTIL, 2018, p. 202).

Vale salientar, que esse processo na contemporaneidade se particulariza por seu caráter mundializado, com inserção de empresas seja da educação como de saúde com caráter transnacionalizado, formada muitas vezes por grandes conglomerados internacionais. Como visto anteriormente, a atuação do Estado brasileiro na expansão do mercado privado de saúde já era prática recorrente antes da institucionalização do SUS e mesmo após sua implementação segue o fortalecendo, demonstrando nessa contradição a que interesses tem atendido.

A tentativa de abrir a caixa-preta da esfera financeira de um setor voltado a cuidar da saúde é um desafio considerável, implica esquadrihar espaços financeiros internacionais, examinar a lógica interna da adesão às estratégias de financeirização e mapear tensões e conflitos entre agentes sociais e, compreender a gênese e o curso das políticas que tecem o pano de fundo para viabilizar mercados, especialmente para evitar interpretações alicerçadas em previsões abstratas (Bahia *et al.*, 2016, p. 10).

Assim o fenômeno da expansão da esfera financeira na saúde reafirma os pressupostos defendidos nesse estudo, de que os serviços de saúde no capitalismo contemporâneo têm se tornado cada vez mais espaços de acumulação e de lucro por parte do capital em sua fase financeirizada, o apoio do Estado aos grupos privados da saúde no livre mercado favorece o enriquecimento e lucratividade desses grupos, com a atuação do Estado atuando como âncora nesse processo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta investigação, conseguimos desenvolver o objetivo proposto de analisar **o papel do Estado no favorecimento da expansão e lucratividade do setor privado de saúde, no contexto de crise e financeirização do capital, destacando as particularidades desse papel pós-golpe de 2016**. Apresentamos argumentos que sustentaram a sua defesa, sendo o principal deles o fato de que o Estado atuou de maneira essencial para **a expansão do setor privado da saúde e o aumento da lucratividade de suas atividades**. Passamos agora a elencar possíveis desdobramentos acerca do tema, a fim de contribuir para o debate.

Recorrendo à crítica marxiana ao sistema do capital, partimos do princípio de que a saúde enquanto serviço tem se constituído numa mercadoria no sistema do capital, que deve ser acessada via mercado. Tal pressuposto nos faz destacar que as mudanças que se observam na política de saúde na atualidade não se explicam por si só, sendo necessário recorrer à categoria do Estado como intrinsecamente relacionado às políticas sociais no capitalismo monopolista. Partimos, assim, do entendimento de que, com a crise do capital, o avanço desmedido do mercado sobre a oferta pública de serviços, antes atinente ao Estado, passa a privilegiar a captura do fundo público, tendo o próprio Estado como seu principal aliado.

Para apreendermos as determinações da expansão e do fortalecimento do setor privado na política de saúde brasileira através de sua privatização e mercantilização, foi necessário entender a relação entre o Estado e o sistema do capital. Nesse sentido, na Seção 2, buscamos entender os fundamentos do Estado, isto é, em que ele se alicerça e em que momento histórico – e sob que condições e necessidades – ele surge. Percebendo que o Estado é produto social que surgiu de uma necessidade perante os conflitos e contradições postas pela sociedade, destacamos que a função social determinante do Estado (em sua acepção moderna), quando de seu surgimento na sociedade capitalista, foi o apaziguamento dos conflitos causados pela desigualdade de classes e a manutenção da ordem do capital. Apenas conhecendo os fundamentos do Estado e sua função na sociedade capitalista é que poderemos compreender – sem a ilusão de que sob os auspícios do capital poderia surgir um Estado comprometido com qualquer forma de programa emancipatório para a humanidade – suas transformações nos momentos de crise do capital. Tais momentos demandam, em diferentes medidas, seu reordenamento, em busca de salvaguardar os interesses da classe dominante.

Nesse sentido, esse resgate foi importante para que pudéssemos entender as transformações no modo de atuação do Estado diante da crise dos anos 1970 e que perdura na contemporaneidade. Realizamos esse exame cientes de que analisar tais transformações

isoladamente seria uma tarefa inócua, tendo em vista que a crise do capital demandou transformações em todas as esferas sociais, não se restringindo ao complexo do Estado. Há um conjunto de elementos que compõem esse quadro de mudanças, necessários para dar respostas efetivas à crise, como as que se observam no modelo de produção, através de uma drástica reestruturação produtiva. A crise do capital também tem se caracterizado pela expansão da esfera financeira em busca de novos nichos de acumulação e reposição de suas taxas de lucro, encontrando nas políticas sociais, entre as quais a política de saúde, mais uma oportunidade para a expansão da mercantilização. Assim, continuamos nosso estudo procurando entender a gênese e os pressupostos do capital financeiro, que tem sua expressão mais contundente no capital portador de juros, o qual, por sua vez, se alimenta da dívida pública. Como vimos, embora o mecanismo da dívida pública não seja recente, na contemporaneidade ele tem apresentado estreita relação com o desmonte das políticas sociais, uma vez que a maior parte do fundo público tem sido canalizada para alimentar a expansão da esfera financeira. Esse momento do capitalismo financeirizado traz a ilusão de uma esfera financeira produtora de riqueza. Marx, entretanto, não nos deixa esquecer que a produção de riqueza exige uma base material: “A produção é o espaço por excelência da produção de valor”. A especulação financeira na Bolsa de Valores esconde a mais-valia produzida e expropriada que a sustenta. É preciso, porém, ressaltar que essa expansão da esfera financeira tem “desdobramentos qualitativos sobre a forma como se produz e distribui a riqueza social” (BRETTAS, 2018, p. 19).

Em nossa investigação, demonstramos que a expansão da esfera financeira como fenômeno na contemporaneidade, atrelada ao processo de reestruturação produtiva, se soma a outro elemento que guarda relação direta com o reordenamento do Estado: o neoliberalismo. A articulação desses processos é constitutiva da resposta à crise do capital. Durante a terceira seção fizemos um balanço dos pressupostos neoliberais enquanto ideologia ordenadora do capitalismo em crise, visto ser esse um elemento fundamental na análise do reordenamento do Estado, que tem direcionado a ofensiva do capital sobre a classe trabalhadora e as políticas sociais, o que se expressa no conjunto de medidas que vão desde a desregulamentação da legislação trabalhista à privatização de políticas sociais. Assim, no decorrer da terceira seção ressaltamos, no contexto brasileiro, as políticas neoliberais implementadas a partir do governo Cardoso, que se consubstanciaram num verdadeiro processo de Contrarreforma do Estado, atingindo sobretudo o recém-criado SUS. A agenda neoliberal, como visto, seguiu sendo implementada nos governos do PT, então sob o tônus da conciliação de classe.

No que se refere à política de saúde, a atuação dos governos do PT não se deu no sentido de se contrapor ao processo de desmonte realizado pelo governo Cardoso. O discurso e a prática, que ganharam aliados até mesmo dentro do Movimento da Reforma Sanitária, seguiram na direção de afirmar a não viabilidade do SUS tal como previsto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, predominando o argumento da flexibilização da Reforma Sanitária, conforme pontuado por Bravo. Esse mesmo argumento tem sido também utilizado por autoridades do Judiciário em decisões que permitem e ampliam a privatização por dentro do sistema, pois, segundo os que defendem esse argumento, o importante é a prestação dos serviços à população, independentemente da via de acesso, dentro do mecanismo da complementaridade invertida e dos modelos privatizantes de gestão.

O golpe jurídico-parlamentar-midiático de 2016 marca a agudização da política neoliberal no país, com o aprofundamento da crise do capital. Esse momento tem sido caracterizado por alguns autores como ultraneoliberalismo, tendo em vista a violenta ofensiva contra os direitos trabalhistas e sociais, como se pode observar com a aprovação e implementação da EC95/2016. A ofensiva do capital de caráter ultraneoliberal no país tem continuidade na eleição presidencial de 2018, vencida por Jair Messias Bolsonaro, que traz um novo elemento para análise: o neofascismo.

Defendemos que o golpe de 2016 foi peça fundamental no processo de radicalização das exigências do capital em sua fase financeirizada, tais exigências se aprofundaram com o governo Bolsonaro. Um dos elementos característicos do momento histórico desde o governo Temer – e que se aprofundou no governo Bolsonaro, especialmente por seu caráter neofascista – é que, no terreno da luta de classes, a classe trabalhadora não tem conseguido avançar na conquista de novos direitos ou mesmo na ampliação dos antigos. A ofensiva do governo sobre os direitos sociais, trabalhistas e previdenciários tem sido avassaladora, limitando a luta da classe trabalhadora ao campo da resistência. Nesse sentido, acredita-se que o governo Bolsonaro e a classe dominante que o sustenta têm sido um dos representantes do ultraneoliberalismo conservador no capitalismo contemporâneo que mais têm conseguido ampliar e fortalecer os processos de expropriação do capital, com a anuência de uma parcela da classe trabalhadora que se identifica com as pautas conservadoras e reacionárias que Bolsonaro propaga.

Na política de saúde, o pós-golpe de 2016 marca uma nova etapa de continuidades, mas, sobretudo, de um projeto de ofensiva evidente contra o direito à saúde pública, universal, estatal e gratuita. Essa ofensiva manifestou-se nas várias propostas e discursos sobre a necessidade de rever o tamanho do SUS e sobre a impossibilidade de prestação dos serviços públicos conforme

prevê a Carta Magna e suas leis orgânicas. Cabe notar uma diferença clara em relação aos governos do PT: estes, apesar de não terem avançado no projeto da reforma sanitária, sempre reconheceram a importância do SUS e fortaleceram a atenção básica, ainda que por vias tortuosas. Concordamos, assim, com Bravo, Pelaez e Pinheiro quando estes afirmam que, desde o pós-golpe de 2016, temos um projeto de saúde totalmente submetido ao mercado. Do ponto de vista geral, no âmbito da política de saúde, a atenção básica e a política de saúde mental foram as áreas mais atacadas pelos governos Temer e Bolsonaro, o que fica evidente na nova política de atenção básica durante o governo Temer e na tentativa de privatização dessa política durante o governo Bolsonaro.

Na quarta e última seção, buscamos demonstrar o protagonismo do Estado brasileiro na facilitação da captura do fundo público por parte de grupos privados de saúde mediante três mecanismos referentes à assistência à saúde. Situando a atuação do Estado brasileiro a partir desses mecanismos desde o governo Cardoso até o governo Bolsonaro, procuramos identificar continuidades e diferenças. Concluímos que o processo de privatização não clássica que ocorre por dentro do Estado tem se expressado nos mecanismos que aqui trabalhamos como complementaridade invertida e modelos privatizantes de gestão.

O mecanismo da complementaridade invertida apresenta-se como herança de uma sociedade brasileira que concebia a saúde numa perspectiva restrita, curativista e que fortalecia o complexo médico-industrial. Nessa perspectiva, a atuação do Estado deve se restringir à aquisição de serviços de saúde no setor privado/filantrópico, indo de encontro ao projeto de saúde defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que vislumbrava uma abordagem totalizante no processo saúde-doença.

Os dados, por sua vez, confirmam que de fato o SUS tem sido desestruturado em favor do setor privado/filantrópico, com a maior parte dos recursos do fundo público da saúde, referentes à atenção ambulatorial e hospitalar, sendo direcionados para a compra de serviços. A análise dos dados disponibilizados para o período compreendido entre os governos do PT e o governo Bolsonaro permite inferir que a complementaridade invertida se expandiu durante os governos de Lula da Silva e Dilma Rousseff, permanecendo assim no governo Temer. No governo Bolsonaro, o contexto da pandemia favoreceu o fortalecimento e o aumento dos repasses para o setor privado/filantrópico.

Quanto ao mecanismo dos modelos privatizantes de gestão, pode-se constatar que estes se situam como uma forma sofisticada e mistificada que o Estado brasileiro encontrou para continuar ampliando a atuação e transferindo recursos do fundo público, por dentro do Estado, para os grupos privados de saúde. O argumento neoliberal utilizado sublinha os pretensos

malefícios e a ineficiência da execução direta do Estado, justificando-se, assim, a transferência dos recursos e da responsabilidade pela gestão dos serviços públicos de saúde, em todas as esferas de gestão, para os diferentes modelos privatizantes de gestão.

Observamos ainda que a criação dos modelos privatizantes de gestão está demarcada historicamente na agenda de contrarreformas do governo Cardoso e nos governos do PT. Não se observam, durante o governo ilegítimo de Temer e o governo Bolsonaro, questionamentos a tais modelos, mantendo-se sua continuidade. O governo Bolsonaro, por sua vez, apresenta uma proposta de aprofundamento da privatização por dentro do SUS que se aproxima de uma privatização no sentido clássico. Isso foi feito a partir da proposição da privatização da atenção primária por meio do Programa de Parceria de Investimento (PPI), visando “avaliar a possibilidade de conceder à iniciativa privada as UBSs (Unidades Básicas de Saúde), porta de entrada do SUS”⁹². Todavia, os questionamentos e a mobilização de vários setores da sociedade fizeram com que o governo recuasse.

Identificamos que o Estado tem fortalecido a expansão e a lucratividade do setor privado da saúde no livre mercado por meio de seu apoio às operadoras de planos de saúde via auxílios e subvenções fiscais. Assim como o setor privado que opera por dentro do SUS, o estabelecimento e a expansão da saúde suplementar no Brasil são resultados da atuação primordial do Estado para facilitar o processo de acumulação do capital, legalizando a saúde como mercadoria.

Assim, a contradição estabelecida no convívio entre um sistema público de saúde universal e um sistema privado que declara abertamente a saúde como mercadoria reproduz a desigualdade de classes posta por essa sociedade. A saúde suplementar no Brasil demonstra, a exemplo de outras formas aqui elencadas, o parasitismo do setor privado da saúde sobre o setor público, pois, além de se apropriar do fundo público de diversas formas, o setor privado ainda se vale dos serviços públicos de saúde como retaguarda, principalmente no que se refere à oferta de serviços mais caros, que fogem da cobertura estabelecida pelos planos de saúde.

Buscamos reafirmar que o processo de privatização e mercantilização da saúde não é um fenômeno recente na história da política de saúde brasileira, pois já ocorria antes da institucionalização do SUS. Todavia, constata-se que a crise do capital, através de um conjunto de medidas, passa a requerer cada vez mais o aprofundamento desse duplo processo de privatização e mercantilização da saúde, com a complexificação de suas variadas formas, que concorrem entre si pela apropriação do fundo público na saúde, como apresentamos nesse

⁹² Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/10/28/jair-bolsonaro-paulo-guedes-ubs-sus-saude-publica-decreto-privatizacao.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em out. de 2022.

estudo. Conclui-se, ainda, que os diferentes mecanismos aqui abordados, apesar de suas diferenças no modo de apresentação e atuação, demonstram entrelaçamento e complementaridade, uma vez que setores privados da complementaridade invertida investem também nos modelos privatizantes de gestão, como as OSs. No livre mercado, o espraiamento da esfera financeira sobre os serviços de saúde aparece como a novidade desse período, o que demonstra, literalmente, que, para o mercado, a saúde é um bom negócio.

No campo da luta política e ideológica contra o processo de privatização e mercantilização, não tem sido fácil desvelar para a sociedade esse tipo particular de privatização e suas consequências perniciosas para os trabalhadores e usuários. Isso se dá devido à precarização dos serviços públicos e à cristalização na sociedade brasileira da associação entre serviços privados e eficiência, em contraposição à ideia – e, em grande medida, às experiências da população – de que a oferta pública é ineficiente e morosa. A precarização dos serviços públicos não acontece fortuitamente: vários autores, entidades e movimentos sociais da área da saúde denunciam que os serviços públicos de saúde têm sido precarizados intencionalmente, com vistas a justificar, mais tarde, sua privatização e mercantilização.

Como desdobramento desta análise, podemos afirmar que a derrota do projeto da reforma sanitária original significa também a derrota de um novo projeto societário. Isso porque o projeto da reforma sanitária não se resumia a pensar a saúde sob uma nova perspectiva; também trazia em seu bojo a ideia de que essa nova forma de conceber a saúde só poderia se concretizar sob uma nova ordem social, em que a desigualdade entre classes fosse eliminada.

A partir desse panorama geral, podemos inferir que, independentemente dos governos aqui analisados, reconhecendo-se suas devidas diferenças, o papel do Estado na expansão e na lucratividade dos diversos grupos privados tem sido primordial, se destaca em todos eles, seja em um determinado aspecto ou em outro. O que reafirma o caráter de classe que possui o Estado.

Não queremos concluir ou reforçar, com tal afirmação, a perspectiva fatalista de que não há o que fazer – pelo contrário! Os desafios que se colocam à classe trabalhadora, especialmente aos militantes do SUS, em tempos tão turbulentos, exigem, mais do que nunca, organização e fortalecimento dos espaços coletivos, além da retomada do trabalho de base junto às classes subalternas para que, assim, possamos fortalecer e recuperar o projeto da reforma sanitária original, articulada a um novo projeto societário.

Nesse sentido, destacamos que a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, enquanto movimento social autônomo e suprapartidário, tem defendido essas bandeiras e aglutinado diversas forças e setores em torno da defesa do SUS 100% público, estatal e de

qualidade. Isso tem se dado através dos vários fóruns espalhados pelo país em que a Frente tem atuado em diversos espaços de luta, seja no campo jurídico, seja no campo legislativo, seja, ainda, nas ruas. Esse tem se constituído como um espaço de resistência aos ataques que o SUS vem sofrendo nos últimos anos e que precisa ser fortalecido.

Diante do exposto, a pesquisa reafirma o papel imprescindível que tem o Estado no processo de captura do fundo público na política de saúde brasileira, entendendo, ainda, como nos diz Correia (2022), que “a relação do setor público com o setor privado é inconciliável e incompatível com o projeto do SUS público, universal e de qualidade”.

Sublinhamos que esta investigação está longe de exaurir as categorias e análises possíveis acerca do tema, pois entendemos que a temática é inesgotável diante do movimento histórico da sociedade. Pontuamos assim a necessidade de novos estudos sobre esta temática, diante da ofensiva do capital sobre a classe trabalhadora em tempos de aprofundamento da crise capitalista. Entendendo ainda que a complexidade do tema tem contornos particulares na formação social brasileira, especialmente do ponto de vista da luta de classes, considerando o protagonismo da classe trabalhadora na construção de suas próprias ferramentas de luta contra as sucessivas ofensivas do capital sobre o trabalho. Essas questões podem orientar análises futuras sobre o tema.

A classe trabalhadora brasileira já demonstrou sua capacidade de enfrentamento diante de uma sociedade fundada sob o signo da violência e de diversas formas de expropriação. A classe conseguiu forjar processos de luta que culminaram numa consciência coletiva em defesa de uma sociedade democrática, com o estabelecimento legal de um sistema público de saúde de caráter universal que, apesar das contradições, se tornou referência mundial. Essa vitória demonstra que não podemos nos esquecer de que, como afirmou Marx, a luta de classes é o motor da história.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Pâmela Karolline Lins. **O protagonismo do Estado na supercapitalização da política de saúde**: o fortalecimento da saúde suplementar em debate. 2021. 89 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/41725/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20P%C3%A2mela%20Karoline%20Lins%20Alves.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.
- ALVES, Pâmela Karoline Lins; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Expropriações contemporâneas: o apoio estatal à saúde suplementar no Brasil. **Argumentum**, Vitória, v. 2, n. 12, p. 253-269, ago. 2020.
- AMIL. **História**. Disponível em: <https://institucional.amil.com.br/historia#none>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Novas articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: a situação das Organizações Sociais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Belo Horizonte: [s. n.], 2013.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2012.
- ANSA. **‘Melhor perder a vida do que a liberdade’, diz Marcelo Queiroga**. Disponível em: <https://istoe.com.br/melhor-perder-a-vida-do-que-a-liberdade-diz-marcelo-queiroga/>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- A TARDE. **IBGE aponta que 71,5% da população brasileira depende do SUS**. Bahia, 2020. Disponível em: <https://atarde.com.br/saude/ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depende-do-sus-1127633>. Acesso em: 29 jul. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE. **Expectativas para o mercado de saúde brasileiro**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/noticias-do-setor/437-expectativas-para-o-mercado-de-saude-brasileiro#:~:text=O%20mercado%20privado%20de%20assist%C3%A2ncia,Uni%C3%A3o%20e%20munic%C3%A2dpios>. Acesso em: 17 jul. 2022.
- AUGUSTO, Otávio; LORRAN, Tácio. **Ministério da Saúde libera cloroquina para tratar Covid-19 na fase inicial**: Governo divulgou nesta quarta-feira novas orientações para tratamento da doença, mas destacou falta de comprovação científica. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/ministerio-da-saude-libera-cloroquina-para-tratar-covid-19-na-fase-inicial>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BAHIA, Lúgia. Os riscos dos planos de saúde que só oferecem “Melhoral e copo d’água”. **Revista do Instituto Humanistas Unisinos**, São Leopoldo, v. 541, p. 22-25, set. 2019.

BAHIA, Lúgia; LAZZARINI, Marilena; SCHEFFER, Mario. **Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>. Acesso em: 26 maio 2021.

BAHIA Ligia *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vTTZd9zPqrDjHwDZMZKTnMf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2022.

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

BEHRING, Elaine. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 39-72.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, I. **Política Social**: Fundamentos e História. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008b.

BORGES, Fabiano Tonaco *et al.* **Anatomia da privatização neoliberal do SUS**: o papel das organizações sociais. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BORÓN, Atílio *et al.* A trama do Neoliberalismo. In: SADER, Emir.; GENTILI, Pablo. (org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2012.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Relatório de avaliação**: certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde: exercício 2019. Brasília, 2020. Disponível em: <https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/890026>. Acesso em: 2 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia popular**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o programa**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus/sobre-o-programa>. Acesso em: 2 out. 2022.

BRASIL. Ministério Público Federal. **MPF ingressa com ação para impedir privatização do hospital da UFJF**. Disponível em:

<http://www.prmg.mpf.mp.br/imprensa/noticias/patrimonio-publico/mpf-ingressa-com-acao-para-impedir-privatizacao-do-hospital-da-ufjf>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-lei nº200, de 25 de fevereiro de 1967**: dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília, 1967. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 9.637, de 15 de maio 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. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 936, de 27 de abril de 2011**: dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0936_27_04_2011.html. Acesso em: 2 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI-MC n. 1.923-5/DF)**: Relator: Ayres Britto. Julgado em: 1º ago. 2007. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10006961>. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete *et al.* **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil. In: MOTA *et al.* (org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P.

(org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. p. 15-28.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jun. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n. 10, p.9-23, jan. 2018.

BRETTAS, Tatiana. **Capital financeiro, fundo público e políticas sociais: uma análise do lugar do gasto social no governo Lula**. 2013. 319 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2013.

BRITO, Gabriel. **Rede D’or compra SulAmérica**: a saúde financeirizada. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-compra-da-sulamerica-pela-rede-dor-e-a-financeirizacao-da-saude/>. Acesso em: 20 de dezembro de 2022.

CORREIO BRASILIENSE. **Após fusão, Hapvida e NotreDame Intermédica lançam ‘solução nacional’**: O lançamento conjunto se apoia na abrangência nacional, conquistada pela complementaridade entre as duas empresas. Novidade foi apresentada nesta quinta-feira (31/3) em um evento online. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/04/4997454-apos-fusao-hapvida-e-notredame-intermedica-lancam-solucao-nacional.html>. Acesso em: 20 jan. 2022

CARNEIRO, Rita de Cássia. **A complementaridade invertida no SUS**: privatização na atenção aos renais crônicos em diálise em Alagoas e no Brasil. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

CARNUT, Leonardo *et al.* Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o ‘é’ e o ‘dever ser’ da alocação de recursos. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 45, n. 129, p. 467-480, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917>. Acesso em: 2 ago. 2022.

COSTA, G. M. Revisitando o Serviço Social clássico. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 40, p.166-180, jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/32747>> Acesso em: 04 de abr. 2022.

CASTELO, Rodrigo. Supremacia rentista no Brasil neoliberal e a violência como potência econômica. **Universidade e Sociedade**, Brasília, v. 60, p. 58-71, jul. 2017.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2011.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação**, Tocantins, v. 8, n. 35, p. 15-24, 2021.

COHN, Amélia *et al.* **A Saúde como direito e como serviço**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiuza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O Financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporalis**, Brasília, ano 12, n. 23, p. 97–124, jan./jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2012v12n23p97-124>. Acesso em: 2 ago. 2022.

CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSP. E ENTIDADES FILANTRÓPICAS. **Futuro da saúde e foco de congresso de congresso das Santas Casas**. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/3561-futuro-da-saude-e-foco-de-congresso-da-confederacao-das-santas-casas>. Acesso em: 24 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas de Saúde; 2).

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005. 345 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, Brasília, ano 7, n. 13, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do

SUS?. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. As tendências da privatização da política de saúde brasileira: desafios para a atuação do Serviço Social. *In*: COLÓQUIO NACIONAL SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL, 2., Maceió, 2013. **Anais** [...]. Maceió: EDUFAL, 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. **Temporalis**, Brasília, ano 22, n. 43, p. 72-89, jan./jun. 2022.

CORREIA, Maria Valéria Costa; DANTAS, Analice. Impedir a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) nos hospitais universitários é possível e necessário. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 14., Juiz de Fora, 2013. **Anais** [...]. Juiz de Fora: [s. n.], 2013.

CORSINI, Iuri; SOARES, Fernanda. **Brasil ocupa penúltima posição no ranking de gastos públicos em saúde, segundo IBGE**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-ocupa-penultima-posicao-no-ranking-de-gastos-publicos-em-saude-segundo-ibge/>. Acesso em: 24 jul. 2022.

DEMIER, Felipe. Democracia e bonapartismo no Brasil pós golpe. *In*: CISLAGHI, Juliana Fiuza e DEMIER, Felipe (orgs.). **O neofascismo no poder (ano I)**: análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

ENGELS, Friedrich. **Do Socialismo Utópico ao Socialismo Científico**. Lisboa: Edições Avante, 1975.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

FAGUNDES, Murilo; BEHNKE, Emilly. **Depois do PT, donos da HapVida procuram partido de Bolsonaro**. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/eleicoes/depois-do-pt-donos-da-hapvida-procuram-partido-de-bolsonaro>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FANTASTICO. **Comunidades terapêuticas recebem milhões do Poder Público para acolher dependentes, mas submetem internos a castigos**: Muitas delas têm vínculos religiosos e recebem dinheiro público, mas, em dois meses de apuração, a equipe do Fantástico visitou comunidades que oferecem tratamentos que não priorizam a medicina. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/06/19/comunidades-terapeuticas-recebem-milhoes-do-poder-publico-para-acolher-dependentes-mas-submetem-internos-a-castigos.ghtml>. Acesso em: 20 no. 2022.

FATTORELLI, Maria Lucia. ÁVILA, Rodrigo. **Gasto com dívida pública sem contrapartida quase dobrou de 2019 a 2021**. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2022/02/1.-GASTO-COM-DIVIDA-PUBLICA-SEM-CONTRAPARTIDA-QUASE-DOBROU-DE-2019-A-2021-.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues; BERNARDES, Franciani. Reformas Regressivas e Política de Saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 4-8, jan./abr. 2018.

FONTES, Virgínia. Público e privado na saúde: o SUS e a filantropia. **Revista POLI: saúde, educação e trabalho**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 20, nov./dez. 201. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R22.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **O ilegítimo Governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde**: nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. [S.I.: s. n.], 2016. Disponível em: <http://sindsaudepr.org.br/disco/arquivos/gerenciaarquivos/Documento%20FNCPS%20Final%20Final.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Materiais** Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>. Acesso em: 12 jul. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Reforma sanitária trazida à tona**: relação público x privado e os desafios da gestão do SUS. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/reforma-sanitaria-trazida-tona>. Acesso em: 14 jul. 2022.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o futuro**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>. Acesso em: 19 mar. 2021.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Travessia Social**. Brasília, [2016]. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>. Acesso em: 19 mar. 2021.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **A fundação**. Disponível em: <http://fundacaoulysses.org.br/a-fundacao/>. Acesso em: 19 mar. 2021.

GOMES, Gustavo França. A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

GOMES, José M. **Acumulação de capital e plano de estabilização: um estudo a partir da experiência de âncora cambial na América Latina nos anos 90**. 2005. 318 f. Tese (Doutorado em História Econômica) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo na Civilização do Automóvel**. Rio de Janeiro: Editora Boitempo, 1999. (Coleção Mundo do Trabalho).

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GUIMARÃES, Cátia. Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado. **Poli**, Rio de Janeiro, v.2 9, n. 1, p. 4-10, ago. 2013.

HAPVIDA. **O HapVida**. Disponível em: <https://www.hapvidabelem.com.br/noticias/historico/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. 16. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

HARVEY, David. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

HOLLOWAY, J. **Fundamentos Teóricos para uma Crítica Marxista de la Administracion Pública**. México: Ediciones Instituto Nacional de Administración Pública, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IASI, Mauro Luís. Cinco teses sobre a formação social brasileira: notas de estudo guiadas pelo pessimismo da razão e uma conclusão animada pelo otimismo da prática. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 136, p. 417-438, dez. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA E ECONOMIA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise (área: saúde)**. Brasília: Livraria Ipea, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA E ECONOMIA APLICADA. **Perfil das Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público em atividade no Brasil**. Brasília: Livraria Ipea, 2020.

JUNQUEIRA, V. **Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas**

faces da contrarreforma de Estado na saúde. **Temporalis**, Brasília, ano 7, n. 13, 2007.

LASKI, H. J. **O liberalismo europeu**. São Paulo: Mestre Jou, 1973.

LAVINAS, Lena; GENTIL, Denise L. Brasil anos 2000: a política social sob regência da financeirização. **Novos estudos**, São Paulo, vol. 37, n. 2, p.191-211, maio/ago. 2018.

LENIN, Vladimir Ilitch Ulianov. **O imperialismo**: estágio superior do capitalismo. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

LESSA, Sérgio. Lukács: o método e seu fundamento ontológico. *In*: MONTAÑO, Carlos; BASTOS, Rogério Lustosa (org.). **Conhecimento e sociedade**: ensaios marxistas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale (org.). **Dicionário gramsciano (1926-1937)**. São Paulo: Boitempo, 2017.

LIMA, Joseane Barbosa de. **A privatização da saúde por meio das Organizações Sociais: a experiência do Rio de Janeiro**. 2017. 280 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

LIMA, Joseane Barbosa de. As instituições sem fins lucrativos no âmbito do Sistema Único de Saúde: complementaridade invertida e privatização. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília/DF. **Anais [...]**. Brasília: [s. n.], 2019.

LINS, Roseane Abdala; GUIMARÃES, Maria Cristina Soares. Sergio Arouca e a reforma sanitária: registro na produção científica. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIENCIAS DA INFORMAÇÃO, 17., 2016, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: ENANCIB, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/27619/Sergio%20Arouca%20e%20a%20reforma%20%20sanit%c3%a1ria.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os Economistas).

MARCH, Claudia. **A contra-reforma do Estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos**: uma análise da realidade brasileira. Disponível em: <http://www.alames.org/documentos/EJE02-72.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2010.

MARX, Karl. **Glosas críticas marginais ao artigo O Rei da Prússia e a reforma social de um prussiano**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política: livro III: o processo global da produção capitalista. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MATTOS, Marcelo Badaró. Mais que uma analogia: análises clássicas sobre o fascismo histórico e o Brasil de Bolsonaro. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe (org). **O neofascismo no poder (ano I)**: análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

MEDICINA S/A. **Saúde deve movimentar R\$ 313,9 bilhões até o final de 2021**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: <https://medicinasasa.com.br/gastos-saude-2021/>. Acesso em: 6 jun. 2022.

MELO, Cristina Andrade. As organizações sociais e as Quasiautonomous non governmental organizations (Quangos) da Grã-Bretanha: uma fuga para o direito privado?. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Minas Gerais, ano 29, n. 2, 2011. Disponível em: <http://revista.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/1211.pdf>. Acesso em: 8 set. 2014.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, 2014.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 27, p.1105-1119, 2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 30 set. 2022.

MENEZES, Juliana, Souza Bravo. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital: Rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: BOITEMPO, 2011.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica de Serviço Social; 5).

MORAES, Carlos Antônio de Souza Universidade Federal Fluminense. SANTOS, Cristiane Medeiros dos BOTELHO, Thaynara Moreira Botelho. Elementos para análise do desfinanciamento do sus em Temer e no primeiro ano do governo Bolsonaro. *In*: CAVALCANTI, Soraya Araújo Uchoa. **O caráter sociopolítico e interventivo do serviço social**. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. A cultura de crise e as ideologias do consenso no ultraneoliberalismo brasileiro. *In*: CISLAGHI, Juliana Fiuza e DEMIER, Felipe (org). **O neofascismo no poder (ano I)**: análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

O CAMINHO DA PROSPERIDADE: proposta de plano de governo. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000614517/proposta_1534284632231.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

PAULO NETTO, José. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1998.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao método na teoria social**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAULO NETTO, José; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Cartilha OS e OSCIPs**. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/os2/os/pdf/OAB-OS.pdf>. Acesso em: 31 maio 2010.

O'CONNOR, James. **USA**: a crise do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os Direitos do Antivalor**: A Economia Política da Hegemonia Imperfeita. Petrópolis, RJ. Vozes, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, Williams Silva de; LIMA, Antônia Jesuíta de. A financeirização da saúde pública brasileira: uma análise do subfinanciamento da saúde pública e da priorização do campo privado na saúde brasileira. JORNADA INTERNACIONAL

DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6, 2013, São Luís. Artigo... São Luís: Universidade Federal do Maranhão (UFMA) 2013.

REDE D'OR. **Linha do tempo**. Disponível em: <https://ri.rededorsaoluiz.com.br/sobre-a-rede-dor/linha-do-tempo/#:~:text=1977&text=Funda%C3%A7%C3%A3o%20do%20Grupo%20Labs%20e,m%C3%A9dicos%20dedicados%20exclusivamente%20aos%20exames>. Acesso em: 22 jun. 2022.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês S. *et al.* (org.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTO, Marcos Henrique Espírito; MENDES, Áquila Nogueira. O fundo público e o capital portador de juros: o papel da dívida pública brasileira no capitalismo contemporâneo. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 25 - 44, mar. 2016.

SANTOS, Lenir. **O público e o privado: complementaridade dos serviços públicos de saúde**. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Painelistas/Lenir_Santos.html. Acesso em: 30 maio 2020.

SANTOS, Liliam dos Reis Souza. **Leviatã ou Behemoth?: verso e reverso da relação orgânica entre Estado e capitalismo na política social**. 2018. 312 f. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

SANTOS, Viviane Medeiros. **A Organizações Sociais e a privatização do SUS no contexto de contrarreformas do estado brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 663-666, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>. Acesso em: 13 ago. 2022.

SESTELO, José. **Planos e seguros de saúde no Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do Capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2011.

SILVA, Giselle Souza da. Transferência de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. *In*: BERING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete; GRANEMANN Sara (org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Joelcio Jackson Lima; SANTOS, Viviane Medeiros dos; CORREIA, Maria Valéria Costa. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. **Ser Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 191-210, jun. 2021.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR. **Bolsonaro tira verba do Farmácia Popular e desvia para orçamento secreto**. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/bolsonaro-tira-verba-do-farmacia-popular-e-desvia-para-orcamento-secreto1/page:4/sort:Conteudo.created/direction:DESC>. Acesso em: 14 out. 2022.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR. **Bolsonaro tira verba do Farmácia Popular e desvia para orçamento secreto**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/bolsonaro-tira-verba-do-farmacia-popular-e-desvia-para-orcamento-secreto1>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SIS SAÚDE. **Hospital de Moinhos de Vento de Porto Alegre**. Disponível em: <http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=5&idnot=17471>. Rio Grande do Sul, 2013. Acesso em: 20 jun. 2022

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma da política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Recife, 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e a contrarreforma na Política de Saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Serviço Social & Sociedade**, v. 1, p. 118-133, 2021.

TONELLO, Iuri. **A crise do capital e seus efeitos: a nova dinâmica internacional do capitalismo pós-2008**. 2019. 351 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

TONET, Ivo. **Sobre o Socialismo**. 2. ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

TONET, Ivo; Sérgio Lessa. **Introdução à filosofia de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

VILLAS BÔAS, Bruno. **O médico e seu império**. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/446744423/Artigo-Exame-O-Medico-e-seu-Imperio#>. Acesso em: 15 jun. 2022.

WEFFORT, Francisco C. **Os clássicos da política**. 14 ed. São Paulo: Ática, 2006. (vol. 1).