



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS,
JORNALISMO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**



MONOGRAFIA

FLÁVIA MAURICIO FIGUEIREDO

**O FINANCIAMENTO DA SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE Á
PARTIR DO DEBATE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**Mariana - MG
2017**

FLÁVIA MAURICIO FIGUEIREDO

**O FINANCIAMENTO DA SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE Á
PARTIR DO DEBATE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto. Como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, desenvolvido sob a orientação da Prof.^a. Me. Alessandra Ribeiro de Souza.

**Mariana – MG
2017**

F521f Figueiredo, Flávia Maurício
O financiamento da saúde brasileira [recurso eletrônico]
: uma análise à partir do debate do conselho nacional
de saúde / Flávia Maurício Figueiredo.-Mariana, MG,
2017.

1 CD-ROM: (4 3/4 pol.).

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade
Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais
Aplicadas, Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo
e Serviço Social, DECSO/ICSA/UFOP

1. SUS - Teses. 2. MEM. 3. Controle social - Teses.
4. Monografia. I.Souza, Alessandra Ribeiro de. II.Universidade
Federal de Ouro Preto - Instituto de Ciências Sociais
Aplicadas - Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo
e Serviço Social. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 614(81)
: 15
: 1419049

**O FINANCIAMENTO DA SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE À
PARTIR DO DEBATE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

DISCENTE: FLÁVIA MAURICIO FIGUEIREDO

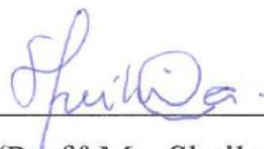
ORIENTADOR (A): ALESSANDRA RIBEIRO DE SOUZA

Trabalho de Conclusão de Curso submetida ao curso de Serviço Social da
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

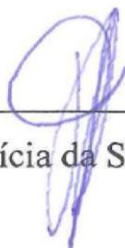
Aprovado em: 22 / 08 / 17



(Prof.^aMa. Alessandra Ribeiro de Souza)



(Prof.^a Me. Sheila Dias)



(Prof.^a Me. Patrícia da Silva Coutinho)

Dedico este estudo a todos os brasileiros e trabalhadores do Sistema Único de Saúde SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e Nossa Senhora pela força e coragem durante esta jornada de escolhas e mudanças.

À orientadora Alessandra Ribeiro de Souza pelos ensinamentos, paciência e incentivo que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho e no futuro.

Aos professores do curso de Serviço Social, em especial ao professor Douglas Ribeiro Barbosa que transmitiu e incentivou a busca por conhecimento e pesquisa dentro da universidade.

À supervisora de campo Vivian Vidal pela generosidade em compartilhar os conhecimentos e dedicação durante a supervisão de estágio.

Aos meus pais, Jalles e Jannette que literalmente fazem o que “podem e não podem” para os estudos de suas filhas, obrigado pelo apoio e suporte, eu amo vocês. A minha irma Maria Eduarda pelo carinho.

Ao meu namorado, Ivan, por compartilhar comigo os sonhos e pelo amor que nos torna fortes para vencer todos os obstáculos até mesmo à distância.

Aos colegas que fiz na academia pela convivência prazerosa e troca de experiências. Sem vocês não teria sido tão especial todos os SHEKS.

A comunidade Católica Missão Maria de Nazaré um carinho e presente de Deus em minha vida, obrigado a todos pelo incentivo e orações.

Em especial minha avó Maria José que tenho como segunda mãe, tios, primos, amigos de perto e de longe... Enfim a todos que de alguma forma fizeram parte da minha formação. Serei sempre grata!

*“Quem teve a ideia de cortar o tempo em fatias,
a que se deu o nome de ano, foi um indivíduo
genial.*

*Industrializou a esperança, fazendo-a funcionar
no limite da exaustão.*

*Doze meses dão para qualquer ser humano se
cansar
e entregar os pontos.*

*Aí entra o milagre da renovação
e tudo começa outra vez, com outro número
e outra vontade de acreditar
que daqui para diante tudo vai ser diferente.*

*Para você, desejo o sonho realizado, o amor
esperado, a esperança renovada.*

*Para você, desejo todas as cores desta vida,
todas as alegrias que puder sorrir, todas as
músicas que puder emocionar.*

*Para você, neste novo ano, desejo que os amigos
sejam mais cúmplices, que sua família seja mais
unida, que sua vida seja mais bem vivida.*

*Gostaria de lhe desejar tantas coisas...
Mas nada seria suficiente...*

*Então desejo apenas que você tenha muitos
desejos, desejos grandes.*

*E que eles possam mover você a cada minuto
ao rumo da sua felicidade.”*

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objeto de estudo e melhor compreensão sobre a política de saúde brasileira, para obter uma reflexão e aprofundamento acerca do financiamento do Sistema único de Saúde do Brasil (SUS) entre os anos 2013/2015, com a gestão de um governo petista, através do estudo de atas presentes no site do Conselho Nacional de Saúde. Partindo da concepção que os conselhos de saúde são espaços de controle social instituídos em todos os municípios do país constituindo um palco de defesa da política de saúde constitucional. Desde a década de 1990 a saúde tem sido duramente impactada pelas medidas contrarreformistas, decorrendo na utilização do fundo público para manutenção do setor privado. Tal necessidade de investigação surgiu da compreensão da imensa dificuldade de conciliar, nos marcos do liberalismo, a realidade das relações políticas e sociais que se torna cada vez mais expressiva e reveladora, quando analisada a partir da particularidade do desenvolvimento das formações sociais consideradas subdesenvolvidas.

Palavras-chave: Sistema Único de saúde. Financiamento. Fundo Público. Controle Social.

ABSTRACT

The present work is a bibliographical research whose object is the greater understanding on the Brazilian health policy, to obtain a reflection and deepening about the financing of the Brazilian Single Health System (SUS) between the years 2013/2015. With the management of a PT government, through the study of minutes present on the website of the National Health Council. Based on the conception that health councils are spaces of social control instituted in all municipalities of the country constituting a stage of defense of politics Constitutional health. Since the 1990s, health has been hard hit by counter-reform measures, resulting in the use of the public fund to maintain the private sector. Such a need for research arose from the understanding that the immense difficulty of reconciling within the framework of liberalism the reality of political and social relations that becomes increasingly expressive and revealing when analyzed from the peculiarity of the development of social formations considered underdeveloped.

Keywords: Health Unic System. Financing. Public Background. Social Control.

LISTA DE SIGLAS

ABRES	Associação Brasileira de Estágios
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
COFINS	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PT	Partido dos Trabalhadores
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAs	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I CRISE DO CAPITAL E A DISPUTA PELO FUNDO PÚBLICO.....	14
1.2 DIREITOS SOCIAIS.....	25
1.3 DISPUTA PELO FUNDO PÚBLICO.....	28
CAPÍTULO II O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	41
2.1 Controle Social e o importante papel do Conselho Nacional de Saúde.....	47
CAPÍTULO III O DEBATE DO CNS SOBRE O FINANCIAMENTO.....	55
3.1 AS MEDIDAS DE ATAQUE AO FINANCIAMENTO.....	56
3.2 A COFIN E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO CNS.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS.....	69

INTRODUÇÃO

O Serviço Social, enquanto uma profissão desenvolvida a partir da realidade sócio-histórica, atua na realidade social dos sujeitos, tendo por objeto de intervenção profissional às mais diversas expressões da questão social, provenientes da contradição que emerge a partir da relação capital/trabalho. Nesse sentido, o tema e pesquisa aqui proposta, procura uma reflexão e aprofundamento acerca do financiamento do Sistema único de Saúde do Brasil (SUS). Tal necessidade de investigação surgiu da compreensão de que a imensa dificuldade de conciliar, nos marcos do liberalismo, a defesa das liberdades individuais com a realidade das relações políticas e sociais que se torna cada vez mais expressiva e reveladora quando analisada a partir do Conselho Nacional de Saúde.

O tema proposto é oriundo da aproximação através do projeto de pesquisa desenvolvido pelo Professor Dr. Douglas Ribeiro Barbosa do departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social – DECSO da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Em 2013, PROLUTA (Programa de Estudos e pesquisas em Lutas Sociais, trabalho e política na realidade brasileira), dentre as atividades desenvolvidas pelo programa, estava o projeto de pesquisa: “Lutas sociais e processos políticos no Brasil: mediações históricas da consolidação da ‘democracia vulgar’ na contemporaneidade”, onde fui bolsista. Buscava investigar a partir do substrato do materialismo histórico, a relação entre a construção da democracia e as transformações societárias engendradas pelo atual estágio de acumulação do capitalismo, principalmente no tocante das consequências para a efetivação das reivindicações das classes trabalhadoras no país.

Paralelamente desenvolvia um mapeamento dos conflitos sociais ocorridos no cenário brasileiro, a partir da investigação e seleção de notícias divulgadas em mídias impressa e digital que tratavam dos desafios das lutas dos trabalhadores no conjunto de restrições democráticas e da negação da organização social, para a defesa e ampliação de direitos.

Neste processo de investigação, elaborávamos um conjunto de categorias que nos possibilitava identificar os diferentes protagonistas, as regiões, e os principais motivos que envolviam essas lutas. Esse acompanhamento se deu ao longo de 2013 a 2015, os dados eram sistematizados em formato de cronologia, a qual servia de substrato para a construção de temas as serem estudados, proporcionando uma aproximação com uma das pautas de luta feita

pelos trabalhadores, “O Sistema Único de Saúde Brasileiro e sua efetivação como direito de todos e dever do Estado”.

Era levado os temas retirados desta análise da mídia para o grupo de estudos Marxismo e realidade brasileira (GEMARB), a qual objetiva a construção de um referencial analítico que relacionava os temas investigados no projeto de pesquisa com as reflexões acerca das particularidades da formação histórica brasileira, buscando identificar os atores envolvidos nos diferentes processos de luta. A partir deste material desenvolvi um estudo sobre a saúde pública no Brasil, seu caráter histórico e os desafios enfrentados por estes trabalhadores que lutam pelo Sistema Único de Saúde através dos dados e pautas de luta.

Através desta pesquisa foi feito um artigo cujo o título: CONTROLE SOCIAL NA RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL: O DEBATE SOBRE A SAÚDE PÚBLICA E ESTATAL, tratando sobre as Políticas Sociais fragmentadas que não garantem uma saúde com qualidade para todos e como dever do Estado pela, polarização entre os dois projetos em disputa “público/privado”.

Os novos modelos de gestão no SUS entre elas a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que se apresenta na atual conjuntura como mais uma tentativa do Governo em colocar a privatização dos serviços públicos. Concluindo com um intenso ataque contra o Sistema Único de Saúde em toda a sua história, um aumento dos gastos públicos com os serviços privados de saúde, enquanto, paralelamente, o SUS sofre com o sucateamento e a onda de privatizações, cujos serviços são transferidos para gestão das entidades privadas.

No ano de 2016 entrei no projeto de pesquisa :A CONTRARREFORMA NO SETOR SAÚDE E A AMEAÇA AO CONTROLE SOCIAL DEMOCRATICO, da Professora orientadora Alessandra Ribeiro de Souza do departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social – DECSO da Universidade Federal de Ouro Preto. O presente projeto propõe a analisar as contrarreformas implementadas no setor saúde a partir dos debates e deliberações da atual gestão do Conselho Nacional de Saúde CNS. A pesquisa está sendo desenvolvida a partir da análise das atas, resoluções e ações do período que compreende a referida gestão relacionado às contrarreformas implementadas no setor. Assim, o objetivo principal do projeto é analisar as ações e debates travados no espaço do Conselho Nacional de Saúde durante a gestão 2012-2015 no que tange à contrarreforma do setor.

A partir destas aproximações teórico e metodológica com bibliografias acerca da constituição da política de saúde brasileira e do controle social democrático, juntamente com o período de estágio do Curso de Serviço Social realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), objetivo principal de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, bem como, ampliar a área de abrangência das ações desenvolvidas e sua eficiência na promoção e prevenção na área da saúde, além de humanização dos serviços. Ou seja, o Nasf pode ser entendido como uma estratégia inovadora que tem por finalidade apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na atenção básica/saúde da família. Trabalhando em conjunto com o Programa Saúde da Família (PSF) no município de Ponte Nova- MG, pude aprofundar e visualizar a respeito do sub-financiamento na política pública de saúde brasileira e seus rebatimentos para a população usuária do Sistema Único de Saúde.

A importância da pesquisa como trabalho de conclusão de curso é poder verificar e dar respostas concretas de uma certa forma ao controle social e em específico dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Verificar como pode ser encontrada respostas para esta política pública que no seu funcionamento diário esta exercendo cada dia mais o caráter de assistência básica, oferecendo ao usuário o mínimo do mínimo.

Através destas análises proponho como tema de pesquisa do Trabalho Conclusão de Curso do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, **O FINANCIAMENTO DA SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE Á PARTIR DO DEBATE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**. Com o objetivo de relatar estudar e compreender onde está a resposta da questão proposta.

Desde a década de 1990 a saúde tem sido duramente impactada pelas medidas contrarreformistas sendo que estas foram aprofundadas nos governos petistas decorrendo na utilização do fundo público para manutenção do setor privado; na fragilização dos vínculos de trabalho; no desfinanciamento e sucateamento dos serviços públicos. O objetivo geral é através de pesquisa documental analisar as atas do período de 2013/2015, especificamente o financiamento e como foi tratado este assunto nas resoluções e atas.

Assim, através da aproximação do projeto de iniciação científica com as atas do conselho nacional de saúde, parti da concepção que o Conselho tem um papel fundamental para exercício do caráter de fornecer dados e estratégias para onde está caminhando os rumos da

Política Nacional de Saúde junto com o processo de financiamento. Elaborando um resgate histórico acerca da construção da política de saúde e do controle social; Elencar as principais medidas em relação ao financiamento do sistema nacional de saúde; Realizar estudos sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde e Conhecer o plano de financiamento na área de política pública de Saúde no decorrer do período histórico do Brasil.

O trabalho propõe inicialmente um debate através de revisão bibliográfica acerca da construção do Conselho Nacional de Saúde e da política de saúde brasileira. Com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca do financiamento na gestão do CNS, que tem como início 2013 e terminando em 2015. A pesquisa utilizou as páginas eletrônicas do CNS e as resoluções presentes como fonte de dados, utilizando a palavra específica nas atas entre os períodos desejados, na busca sobre o financiamento presente nestas.

Assim, a síntese desse estudo apresentada nesse TCC, é composta por três capítulos. O capítulo I “Crise do capital e a disputa pelo fundo público” aborda o processo de estruturação do capital e o papel do fundo público para a consolidação do capitalismo. O capítulo II “O processo histórico de construção da política de saúde brasileira” irá abordar o processo histórico da política de saúde juntamente com o controle social e o importante papel do Conselho Nacional de Saúde. Para finalizar o capítulo III “O debate do CNS sobre o financiamento” abordando às análises das atas durante o período proposto, as medidas e estratégias pelo CNS.

CAPÍTULO I CRISE DO CAPITAL E A DISPUTA PELO FUNDO PÚBLICO

Para melhor compreensão do estudo elaborado neste trabalho de conclusão de curso é necessário compreender a estruturação do capital e seu processo de acumulação através do Estado. Mas para que seja possível identificar e estabelecer essa relação é necessário primeiramente entender todo o processo de consolidação e surgimento do modo de produção capitalista e estruturação do Estado.

Portanto, a conformação dos Estados é carregada de particularidades históricas que devem ser pensadas e analisadas como o Brasil que possui frágil assalariamento, desigualdade sociais agudas. O processo de acumulação do capital ocorre em terrenos diferenciados acentuando contradições e diferenças em seus estágios de sua evolução. Lembrando que para a acumulação do capital em todos os países é necessário, primordialmente, das intervenções do Estais.

Mandel (1982) esboça que a acumulação de capital em países de capitalismo tardio é subsidiada pelo Estado, onde este, por sua vez, resolve em partes as dificuldades de valorização do capital. A burguesia dominante têm a possibilidade de manter seus interesses econômicos e políticos, e também atingir suas taxas de super-lucros à medida que o ônus da adequação das exigências da acumulação é socializado com o Estado.

Além de buscar subsidiar “condições gerais de produção”, outra função vital do poder estatal está na administração das crises inerentes ao processo de produção reprodução do capital. Nesta, as políticas governamentais e a ideologia da classe dominante exercem papel fundamental para amortecer as crises e solapar os possíveis questionamentos da classe dominada sobre o sistema capitalista.

A pressão geral no sentido de um controle maior de todos os elementos do processo produtivo e reprodutivo, que diretamente exercido pelo capital ou indiretamente pelo Estado capitalista tardio, é uma consequência inevitável da dupla necessidade de evitar que as crises sociais ameacem o sistema e de proporcionar garantias econômicas ao processo de valorização e acumulação do capitalismo tardio. (MANDEL, 1982, p.341).

O Estado é a “menina dos olhos” no processo de acumulação em países periféricos, ou naqueles considerados de capitalismo tardio. Enquanto instrumento da classe dominante, este apresenta mutações específicas para atender a lógica da produção capitalista. Percebemos neste esboço, por outro lado, a incapacidade do capital em criar em seu cerne as soluções de

suas crises inerentes, e a incapacidade da elite dominante em ampliar seus lucros e consolidar sua dominação sob a classe trabalhadora sem o aporte constante do governo. As lacunas desse processo capitalista mostram que a intervenção do Estado além de vital torna-se cada vez mais habitual e menos pontual, sendo recorrente em todos os domínios da vida política, econômica e social.

Ocorre que o poder estatal é o núcleo de convergência das relações de interdependência, alienação e antagonismo que caracterizam a produção capitalista. Por isso ele se configura segundo as determinações das relações capitalistas concretas, isto é, conforme a situação específica deste ou daquele país, nesta ou naquela época. (IANNI, 1982, p. 70).

O Estado possui características específicas em determinadas nações, tendo assim um caráter dialético e histórico. Aquela classe mais organizada e hegemônica pode apoderar-se do mesmo para que esse represente seus interesses particulares como sendo o de toda a nação. Mas ele aparece para a sociedade de forma feiticizada, eliminando aparentemente as contradições nele existente.

Mas o Estado não é a expressão harmônica e abstrata da sociedade. Ao contrário, ele já se constitui como um produto de contradições políticas. Esta é a primeira e mais geral contradição na qual se funda o poder estatal: O Estado se funda na contradição entre o público e a vida privada, entre o interesse geral e o particular. (IANNI, 1982, p.60 e 61).

A proporção desse caráter classista do Estado irá depender da capacidade de organização das massas para buscarem no poder político a realização de seus anseios e interesses.

No capitalismo contemporâneo, com a mundialização do capital, não temos uma supressão do Estado, pelo contrário ele reafirma suas intervenções e passa a execução de novas funções. Ele tem o papel-chave na sustentação da estrutura de classes e das relações de produção, para o controle das ameaças das classes dominadas, por meio da repressão (exército, polícia, sistema judiciário e penitenciário).

O Estado não é apenas e exclusivamente um órgão da classe dominante; responde também aos movimentos do conjunto da sociedade e das outras classes sociais, segundo, é óbvio, as determinações das relações capitalistas. Conforme o grau de desenvolvimento das forças produtivas, das relações de produção e das forças políticas da sociedade, o Estado pode adquirir contornos mais ou menos nítidos, revelar-se mais ou menos diretamente vinculado aos interesses exclusivos da burguesia. (IANNI, 1982, p.68).

Marx aponta elementos fundamentais para o entendimento do Estado analisando dialeticamente as diferentes particularidades que compõem cada poder estatal em diferentes nações. Não traz argumentos acabados sobre a definição do Estado, pois, para o autor o

Estado se configura a partir das relações reais e concretas do desenvolvimento das relações sociais de produção e reprodução da vida. Neste caminho é fundamental buscarmos entender a relação da acumulação capitalista com as formas de intervenções estatal, e a ligação desses elementos com as ações da classe dominante e seus interesses econômicos.

As principais tendências do capital, concentração e centralização, potencializaram o surgimento dos modernos monopólios como estrutura base da economia deste novo estágio, que se configura a partir dos últimos anos do século XIX em diante, e se particulariza na constante busca por lucros máximos. Soma-se a esse fator a participação dos bancos, que associados aos grandes capitalistas irão contribuindo para um significativo crescimento da movimentação do capital com base nas finanças.

A aproximação entre a “finança” e a “indústria” foi pensada há muito tempo no contexto da teoria da “interpenetração” desenvolvida por Hilferding. Este propôs o termo “capital financeiro” para designar a forma de capital que se constitui, a partir da última década do século XIX, após a entrada dos grandes bancos no capital da grande indústria alemã. A teoria da interpenetração entre capital industrial e capital de empréstimo tem efeitos políticos importantes em termos de concentração de poder, no plano nacional e internacional. (CHESNAIS, 2005, p.52).

Nesses moldes configura-se o capital financeiro, que é a junção dos capitais monopolistas das grandes industriais com os bancários, que fará emergir novas relações de produção e reprodução do capital. Esta junção torna mais poderosa a atuação dos monopólios sobre a sociedade, uma vez que dela surge a “oligarquia financeira”, que além de dispor da concentração da vida econômica obtém uma enorme influência no âmbito político.

(...) conforme se convencionou chamar na literatura recente, a presença de um intenso processo de financeirização da economia, que se exacerba ao ponto de tornar-se a lógica especulativa predominante sobre a lógica produtiva, isto é, ao ponto de o capital produtivo se subordinar e passar a ser conduzido pelo capital fictício, tal como definido por Marx. (AMARAL, 2012, p.79, 80).

O capital financeiro se apresenta atualmente em um crescente processo de autonomia em relação ao capital produtivo. Mesmo sendo este último o único produtor de valor na dinâmica da acumulação, uma vez que, os ganhos financeiros advêm do fator trabalho. É, pois, a esfera produtiva a mantedora de todas as formas de lucro aparentemente geradas pelo capital portador de juros.

Marx chama de capital fictício tudo aquilo que não é, nunca foi, nem será capital, mas funciona como tal. Trata-se, em geral, de títulos de propriedade sobre direitos, direitos de valorização futura no caso das ações, de renda de juros a partir de valorização futura, no caso de títulos de dívida privados, e de recursos oriundos de

tributação futura, no caso de títulos públicos. Em todos esses casos, a valorização verdadeira dessa riqueza fictícia depende da efetivação de processos de valorização produtiva e extração de mais-valia, em outras palavras, da contínua produção de excedente e da alocação de parte desse excedente para valorizar o capital fictício. (PAULANI, 2009 p.5).

Esse domínio atinge proporções nacionais e internacionais com base na exportação de capitais, que para se efetivar força mudanças e aberturas das fronteiras internacionais. Nesta dinâmica se instala o processo de liberalização financeira. São as medidas de liberalização e de desregulamentação que abrem os caminhos para a mundialização do capital. As fronteiras são redesenhadas e os investimentos canalizados de acordo com as necessidades capitalistas fazendo emergir uma nova configuração geográfica mundial.

Com o tempo, a competição intercapitalista conduz a novas realocações da atividade econômica em direção a regiões mais vantajosas, mais lucrativas, para formas específicas de produção de mercadorias. De modo que a competição intercapitalista reconfigura, permanentemente, o território. (AMARAL, 2012, p.102).

Nos países emergentes as aberturas financeiras se deram balizadas pela FMI e o Banco Mundial, tendo nos Estados Unidos à figura política hegemônica. A aproximação dos países periféricos ao modelo de acumulação de capital com base nas finanças ocorre com a crise da dívida pública no início dos anos de 1980. Com o aumento dos juros internacionais, devido a facilidade de circulação do capital entre os países, a dívida atinge níveis elevados pressionando os países subdesenvolvidos para uma crise. Nestes marcos o processo de financeirização ganha status mundial, alterando o eixo de acumulação nos países subdesenvolvidos. (AMARAL, 2012).

São traçados novos países dominantes que irão exercer sua hegemonia sob todo o resto do globo em uma direção autoritária nas normas e formas de desenvolvimento de suas políticas e economias internas. O capital internacionalizado produz a concentração da riqueza, em um polo social e, noutro, a polarização da pobreza e da miséria, potenciando exponencialmente a lei geral da acumulação capitalista, em que se sustenta a questão social. O crescimento da dívida pública também contribui para o acirramento desse processo

A dívida pública dos países periféricos passa a ser um componente primordial para a obtenção de lucros do capital financeiro e coloca na realidade dos países periféricos a necessidade constante de recorrer a novos empréstimos fazendo da dívida um poço sem fim, canalizando

os orçamentos do fundo público para seu pagamento e ocasionando perdas nos investimentos nas áreas sociais. Vale ressaltar que,

Nos anos 80, a dívida pública permitiu a expansão dos mercados financeiros ou a sua ressurreição em outros países, como no caso da França. Ela é o pilar do poder das instituições que centralizam o capital portador de juros. Em seguida, a dívida pública gera pressões fiscais fortes sobre as rendas menores e com menor mobilidade, austeridade orçamentária e paralisação das despesas públicas. No curso dos últimos dez anos, foi ela que facilitou a implantação das políticas de privatização nos países chamados “em desenvolvimento”. (CHESNAIS, 2005, p 42).

A construção da dominação do capital portador de juros se faz através de um complexo e articulado conjunto de elementos econômicos e políticos, que dentro das relações sociais vão se estabelecendo de acordo com as correlações de forças entre os atores envolvidos e sobre forte influência dos interesses dos operadores financeiros. A constante necessidade de acumulação ampliada do capital traz para o contexto mundial as possibilidades de dominação onde todos e tudo deve estar submetido à sua dinâmica.

No atual contexto de globalização, a ampliação do capital, com avanços das tecnologias da comunicação e da informação, vem assentando seu crescimento sob a hegemonia da finança que apresentou dois momentos importantes neste processo. O primeiro salto do setor financeiro para sua hegemonia está fundado no fim do século XIX e com a crise de 1929. Já o segundo momento ocorre sob os marcos neoliberais e suas políticas de ajustes estruturais. (AMARAL, 2012).

O capital financeiro, sob o comando da oligarquia financeira, irá ditar a dinâmica econômica exercendo um controle das funções do Estado nacional e internacional através da exportação de capitais efetivando uma partilha das regiões do mundo que pretendem subordinar a seus interesses. Com investimentos em países atrasados os países imperialistas efetivam uma interdependência entre os mesmos, onde, os países se desenvolvem em ritmos diferentes imprimindo o processo de hierarquização entre os Estados.

Considerando, ademais, que a partir dos anos 1980 e mais fortemente na década de 1990, os países periféricos (os latino-americanos, em especial) enfrentam um intenso processo de reestruturação da economia (...), temos que a própria forma institucional assentada no tipo de inserção internacional é fortemente alterada, já que a dinâmica dessas economias salta de uma tentativa de industrialização voltada para dentro, para uma espécie de desindustrialização voltada para fora, se é que podemos assim dizer. (AMARAL, 2012, p.69)

Há na conjuntura monetária o novo guia para a capacidade de acumular. Porém as diferenças entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos condicionam diferentes formas de sustentação desse padrão de acumulação. O que se têm são ritmos de desenvolvimentos entre as nações diferenciados que, são produtos, e ao mesmo tempo necessários para o pleno desenvolvimento das finanças.

Sob o chicote das necessidades externas, a vida retardatária vê-se na contingência de avançar aos saltos. Desta lei universal da desigualdade dos ritmos decorre outra lei que, por falta de denominação apropriada, chamaremos de lei do desenvolvimento combinado, que significa aproximação das diversas etapas, combinação das fases diferenciadas, amálgama das formas arcaicas com as mais modernas. (TROSTSK, 1978, p.25).

As consequências mais visíveis desse ciclo esta no desenvolvimento lento e aos saltos dos países subdesenvolvidos, que para atenderem ao ônus dessa estrutura aprofunda e intensifica suas desigualdades sociais internas.

Como premissa da expansão capitalista, o desenvolvimento desigual (...) é a desigualdade social estampada na paisagem geográfica e é simultaneamente a exploração daquela desigualdade geográfica para certos fins sociais determinados. (SMITH, 1988, p. 221).

Ademais, todas as exigências da reforma estrutural imposta pelo neoliberalismo faz com que se ampliem as privatizações, as precarizações dos serviços públicos, que são incapazes de atingirem seu objetivo real que seria de melhorar as condições de vida dos trabalhadores. Todos os fatores apontam para uma superexploração da classe trabalhadora assim como uma caótica situação de vulnerabilidade social e uma regressiva distribuição das riquezas produzidas.

Ao capitalismo dependente não basta reproduzir a apropriação e a expropriação que são inerentes ao capitalismo. Esta forma específica de capitalismo, para ser capaz de suprir por expropriação a burguesia local e a burguesia hegemônica, produz sobreapropriação e sobre-expropriação capitalista. (LEHER, 2009, p. 64.)

Dentro dessa dinâmica de super-exploração da classe trabalhadora, a burguesia adquire relevância no que tange suas estratégias para aumentar seus lucros e dialogar com as exigências do capital internacional. O contexto histórico global do desenvolvimento capitalista e suas exigências diante as burguesias nacionais de capitalismo dependente faz com que:

Elas se tornam, em suma, os agentes humanos que *constroem, perpetuam e transformam* o capitalismo dependente e subdesenvolvido, levando a modernização para a periferia e adaptando a dominação burguesa às funções que ela deve preencher para que a transformação capitalista não só possa reproduzir-se em condições muito especiais, mas, ainda, tenha potencialidades estruturais e dinâmicas para absorver e acompanhar os ritmos históricos das economias capitalistas centrais e hegemônicas. (FERNANDES, 1974, p. 309).

Neste sentido a burguesia se ausenta de funções que primordialmente seriam assumidas por ela, no caminho do desenvolvimento capitalista interno, conjugando dessa forma um desenvolvimento capitalista interno desigual com a dominação imperialista externa permitindo a penetração imperialista no âmbito econômico, político, cultural, etc....

A Revolução Burguesa na particularidade brasileira não seguiu as vias *clássicas* de revolução das nações de capitalismo central. Sob o capitalismo dependente e subdesenvolvido a burguesia brasileira se reorganiza para atender ao desafio de manter o relacionamento com o capital externo sem perder seu *status* (em parte de mediadora do processo de desenvolvimento capitalista interno e em partes de livre burguesia internacional), que em se tratando de uma burguesia emergida em um modelo capitalista dependente, assume função de suporte à própria sobrevivência da mesma.

Ao longo da formação sócio-histórica brasileira, as manifestações das massas ou mesmo de setores extremistas da burguesia, mesmo que dentro da ordem burguesa, foram duramente cerceadas pela elite burguesa que protagonizava a revolução burguesa. Na realidade brasileira os setores dominantes se fundem fazendo emergir uma classe burguesa nacional com características particulares. O que ocorre é um enquadramento dos mecanismos políticos essenciais para a manutenção ativa da vida econômica, de acordo com os interesses da autocracia burguesa, fazendo com que tais interesses econômicos fossem absorvidos e aparentemente sendo um consenso nacional (FERNANDES, 1974).

A legitimidade do poder estatal e do uso de sua força coercitiva estava na justificativa de uma sociedade amorfa e incapaz de gerir seus próprios interesses e precisava de um Estado forte para direcionar o desenvolvimento de forma “segura” e na “ordem”.

Sob vários aspectos, o que revela a história é o desenrolar de uma espécie de contra-revolução burguesa permanente. Diante dos frequentes movimentos de Ascenso popular, na cidade e no campo, as classes dominantes respondem com a violência. Nem as conquistas democráticas básicas da própria burguesia são preservadas. Nesse sentido, há uma contra-revolução burguesa que atravessa essa história. (IANNI, 1985, p.20 e 21).

O que contraria o até então padrão de formação da classe burguesa, ou seja, na realidade nacional não se gesta uma nova classe e sim as antigas oligarquias se recolocam no papel de burguesia brasileira que vão alimentar a dinâmica de um capitalismo dependente e periférico. Sem voltar-se para o desenvolvimento interno ela atrela seus interesses com o capitalismo externo e coloca em curso suas exigências.

(...) essa forma de dominação burguesa constitui a verdadeira chave para explicar a existência e o aperfeiçoamento da versão que nos coube do capitalismo, o *capitalismo selvagem*. (...). Um capitalismo que associa luxo, poder e riqueza, de um lado, à extrema miséria, opróbio e opressão, do outro. Enfim, um capitalismo em que as relações de classe retornam ao passado remoto, como se os mundos das classes socialmente antagônicas fossem os mundos de “Nações” distintas, reciprocamente fechadas e hostis, numa implacável guerra civil latente. (Fernandes, 1974 p, 303 e 304)

Aqui, o Estado antecede às reivindicações abafando as articulações políticas necessárias para a construção de processos democráticos mais firmes e articulados, o que em segundo plano e não menos importante inibi o amadurecimento das classes na luta política por seus direitos. O que emerge a urgência de novas estratégias e alianças na luta política e reafirma a importância da luta de classes no mover da história.

O movimento dos trabalhadores, hoje, só pode crescer e se tornar a força hegemônica na sociedade se souber fazer alianças realistas, se tiver propostas viáveis para as classes médias, se mostrar competência política para dividir o campo de seus adversários mais poderosos. O jogo se tornou mais difícil do que aquele que Marx conhecia. E tudo indica que vai se tornar ainda muito mais difícil. (KONDER,202 p. 135)

As transformações engendradas pelo desenvolvimento capitalista e pelo constante movimento advindo das classes trazem novos desafios para campo da luta, porém, de maneira alguma removeram a centralidade das teorias desenvolvidas por Marx, em seu século. Ao contrário, devemos nos ater para necessidade da defesa do marxismo; o que por outro lado traz a negação de uma transposição mecânica de suas teorias, para nosso século.

“A insistência nas sistematizações de pensamento de Marx e a propensão de cultivar uma espécie de “escolástica marxista” nada tem haver com as premissas filosóficas, científicas e comunistas compartilhadas por K. Marx e F. Engels. Nada lhes era mais alheio que essa forma (pseudo) revolucionária de fomentar academicamente o “marxismo”. Ambos travaram o combate proletário direto e cotidiano. Qualquer “avanço do marxismo” que não percorra este caminho não passa de mero intelectual”. (FERNANDES,1974, p. 39)

O atual padrão de acumulação capitalista vem imprimindo, na realidade brasileira, uma lógica desenvolvimentista concomitante com um perverso processo de expropriação de diferentes

segmentos sociais. A efetiva mundialização do capital e suas estratégias de liberalização e desregulamentação financeira fazem emergir uma nova configuração geográfica mundial, onde, o desenvolvimento econômico está divorciado do desenvolvimento social e sustentável. Ainda,

Ao mesmo tempo em que ela impulsiona a tendência à *homogeneização*- dos circuitos do capital, dos modos de dominação ideológica e dos objetos de consumo- apoia-se na completa heterogeneidade e desigualdade das economias nacionais. Acelera o desenvolvimento desigual, aos saltos, entre empresas ramos de produção da indústria, entre nações, e, no seu interior a transferência de riqueza entre classes e categorias sociais, que se encontra na base do desemprego crônico, da precariedade das relações de trabalho, das exigências de contenção salarial da flexibilidade das relações de trabalho e do desmonte dos sistemas de proteção social. (IAMAMOTO, 2012, p.36).

Vivenciamos uma intensificação nas diferentes formas de combate do capital às reivindicações e organizações coletiva da classe trabalhadora. A mundialização financeira reveste todo o globo em um turbilhão de exigências e formas de condutas aos Estados Nacionais, que por sua vez, redimensiona sua dinâmica interna em prol do pleno e efetivo desenvolvimento capitalista. O resultado dessa conta está nas perdas sociais, civis e políticas recorrentes em nossa realidade social contemporânea.

Soma-se a essa dinâmica a particularidade da formação sócio-histórica do Brasil, bem como, a centralidade assumida pela atuação do Estado brasileiro na criação de estratégias para garantir a manutenção e o pleno desenvolvimento da exploração capitalista e o uso constante da força institucionalizada, como ferramenta de dominação e coerção sob os processos de lutas engendrados no cenário brasileiro. *Realmente, o capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras.* (NETTO, 2009, p.225).

O capitalismo, por mais mistificado que apareça se configura em uma relação entre classes e não entre coisas (mercadoria, dinheiro). Sua base está e sempre será a expropriação da força de trabalho, para tal, quanto mais se exprime e explora o trabalhador mais lucro se obtém. Ainda, dentro da dinâmica da acumulação do capital se intensifica e amplia a separação entre o trabalhador e os detentores do meio de produção, produzindo em escala permanentemente crescente um contingente maior de trabalhadores expropriados dos meios de produção (BOSCHETTI, 2006).

Não é nenhuma novidade afirmar a centralidade do capital na produção e reprodução das relações de classes. Bem como dizer que o seu movimento de acumulação é ao mesmo tempo o movimento que produz e reproduz, em mesma escala as mazelas vivenciadas cotidianamente por grande parcela da sociedade. E para pensar sobre o real movimento do mundo contemporâneo, sob o domínio do capital financeiro, as terias de Marx, assim como de importantes pensadores que beberam de suas teorias, são fundamentais para decifrar os constantes entraves e dificuldades vividas pela classe trabalhadora na organização de suas lutas.

Todo processo de produção é um processo de reprodução. Na sociedade capitalista a produção vai determinar a forma de reprodução capitalista que inevitavelmente cria e recria o operário e a classe operária. Desta forma a condição do proletariado torna-se cada vez mais vulnerável, resultando uma contradição de enormes crescimentos da riqueza social e um igualmente enorme crescimento da pobreza. A acumulação de capital é ao mesmo tempo acumulação de miséria, pauperização, degradação da classe trabalhadora, onde, os acessos aos bens necessários à vida se tornam cada vez mais restrito.

A reprodução da força de trabalho, que incessantemente precisa incorporar-se ao capital como meio de valorização, não podendo livrar-se dele e cuja subordinação ao capital só é velada pela mudança dos capitalistas individuais a que se vende, constitui de fato um momento da própria reprodução do capital. Acumulação do capital é, portanto, multiplicação do proletariado. (MARX, 1988, p.246)

A pertinência de Marx, no tempo do capital portador de juros, remete a uma afirmativa: pobreza é produzida na mesma fórmula onde se produz a riqueza. Contradição esta, que é diariamente construída pelos próprios sujeitos que produzem e reproduzem a sociedade burguesa. À banalização da vida humana, a criminalização das reivindicações das frações de classes, a violência institucionalizada, a expropriação, a naturalização da pobreza, o racismo, o preconceito, e o caos vivenciado por uma parte significativa da classe trabalhadora está se acentuando na mesma medida em que a riqueza de poucos se multiplica.

No mesmo sentido é necessário entender que a acumulação capitalista produz e reproduz as relações sociais, que devem ser analisadas em uma ótica de totalidade, evitando visões reducionistas e unilaterais. Portanto,

O processo de reprodução das relações sociais não se reduz à reprodução da força viva de trabalho e dos meios materiais de produção, ainda que os abarquem. Ele se refere à reprodução das forças produtivas sociais do trabalho e das relações de produção na sua globalidade, envolvendo sujeitos e suas lutas sociais, as relações de poder e os antagonismos de classes. Aquele processo inclui a reprodução da vida material e espiritual, ou seja, das formas de consciência social- jurídicas, religiosas, artísticas, filosóficas e científicas- através das quais os homens tomam consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção, pensam e se posicionam perante a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2012, p. 24).

Temos desafios e possibilidades de transformações, dentro do processo de acumulação do capital, visto que lhe é inerente o antagonismo de classes. As instituições financeiras, que atualmente comandam a dinâmica da globalização, só são operantes diante da apropriação da produção de mais-valia advinda do processo produtivo, por mais que na sua superficialidade aparece como um milagroso processo divorciado do trabalho.

Fontes (2007) traça algumas formas elementares da expropriação como a de terras, comunidades e bens naturais, onde, a homogeneização promovida pelo capital converte estes elementos em mercadorias fundamentais para a manutenção de seu processo reprodutivo. Tal fenômeno, longe de ser um processo natural, vem expandido sobre toda a vida social e *não se limita à terra ou aos meios de produção*. Há ainda a expropriação das condições de sobrevivência do trabalhador e dos meios de produção, como por exemplo, as perdas nos direitos já conquistados e afirmados na Constituição Federal de 88. *Assim, a expropriação dos trabalhadores não se reduz a uma condição “prévia”, que uma vez cumprida, estaria terminada*. Ou seja, ela se renova e se intensifica todos os dias na vida do trabalhador. Diferentes formas de expropriação coexistem diariamente fazendo emergir as contradições mais obscuras do capital. (FONTES, 2007, 25, 26 e 27)

O processo de mercantilização e globalização contemporâneo, vêm submetendo tudo e todos à lógica do valor. Tal fato se reafirma na nova geografia estimulada pelo capital, por exemplo, como ocorre na América Latina na busca pelos bens naturais, como a água, minério, ferro, petróleo, produtos agrícolas, dentre outros. Assim, o capital busca de todas as formas criar as condições necessárias para a manutenção de sua produção e reprodução.

A expropriação permanece, portanto, o fulcro central da exploração capitalista, à qual corresponde, no extremo oposto da mesma relação, a concentração de recursos sociais (meios de produção e de subsistência) aptos a se converterem em capital, para ser valorizados, aplicados na própria exploração de trabalhadores. (FONTES, 2007, p.28).

Tem-se por um lado à concentração dos recursos sociais coletivos para o âmbito privado sob domínio de uma pequena parcela de burgueses; e por outro lado, a expropriação e violação da força de trabalho e dos meios de produção e de subsistência de grande parcela da sociedade. Ainda, todos os elementos entendidos pelo capital como obstáculo se tornam alvo de expropriação para ser reconvertido em elementos fundamentais para sua sobrevivência. É neste plano que os interesses internos e externos dos países imperialistas se conjugam assumindo novas regras exigidas pelo cenário internacional, como novas políticas internas monetárias, financeiras, públicas e sociais. Sendo todas as mudanças um conjunto de retrocesso para a luta organizada e política da classe trabalhadora.

1.2 DIREITOS SOCIAIS

Partindo do princípio da luta de direitos fundamentais e à organização da classe trabalhadora é primordial compreender o processo histórico e impacto do surgimento dos Direitos Sociais no século XX, tendo como protagonista a classe trabalhadora, num cenário de grandes lutas sociais e com o Socialismo se consolidando no Leste Europeu e assim sinais de projeção de ruptura com o Capitalismo. A classe trabalhadora antes desse processo não gozava dos direitos civis e políticos, uma vez que estes eram restritos aos detentores dos meios de produção, tendo como premissa a liberdade à propriedade privada nos marcos do Liberalismo, como afirma Marconsin: “as promessas da modernidade, de liberdade, igualdade e fraternidade não se aplicavam ao conjunto da sociedade, mas a uma parcela minoritária, deixando a descoberta à maioria, ou seja, o proletariado”.

A Revolução Industrial do século XVIII trouxe em seu bojo o desenvolvimento dos meios de produção, o surgimento das indústrias, o uso das máquinas, trazendo crescimento e desenvolvimento de cidades e regiões metropolitanas, entre outros fatores de desenvolvimento. Porém, trouxe também diversos problemas como a exploração de mão de obra em massa, que causou o êxodo rural, crescimento desordenado de megalópoles, falta de saneamento básico e injustiças sociais advindas do surgimento de uma nova classe: o proletariado (BEVERIDGE, 1942).

Os direitos sociais surgem no decorrer do século XIX e início do século XX, como expressão dos embates entre capital trabalho, e as reivindicações em razão do tratamento desumano vivido pela classe operária e os excessos capitalistas durante a Revolução Industrial. Diante

desse tratamento opressivo, diversos países positivaram em suas constituições os direitos sociais (LURCONVITE,2012).

É somente num momento histórico determinado de desenvolvimento do Capital que se tem condições objetivas para a identificação das lutas da classe trabalhadora. Para ser incluído na pauta de reivindicação o acesso aos direitos nessas condições dizem respeito tanto ao protagonismo político desta, quanto ao pauperismo que assolava a Europa no contexto de grande industrialização, e exploração em detrimento do desenvolvimento das forças produtivas, onde se tem uma clareza das contradições (produção socialmente produzida e apropriada privadamente, por exemplo) do Modo de Produção Capitalista (MPC).

É através deste aspecto histórico de lutas que surgiu os primeiros modelos de seguridade social, políticas sociais em resposta à classe trabalhadora, cujo o caráter é assistir o cidadão em suas necessidades, garantido e reduzindo as desigualdades sociais. Discutiremos este aspecto e os modelos adotados no Brasil mais adiante.

Podemos estabelecer dois modelos de seguridade social no início do século XX, o primeiro chamado bismarckiano é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se referem aos direitos, os benefícios cobrem principalmente os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários; em relação à gestão teoricamente, cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados¹ (BOSCHETTI, 2003). Esse modelo orientou e ainda sustentam muitos benefícios da seguridade social, sobretudo, os benefícios previdenciários.

¹ Na Alemanha e França ainda predomina este tipo de gestão, com Caixas por modalidade de seguros. As centrais sindicais gerem as caixas, mas com forte intervenção e regulação estatal. No Brasil, essa conformação esteve na origem da previdência social, com as caixas de aposentadorias e pensões (CAP's), organizadas por empresas. Essas foram submetidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizadas por ramo de atividades, durante o governo Vargas. Os IAPs foram unificados no INPS em 1966. Os trabalhadores e empregadores foram sendo gradativamente excluídos da gestão, que se tornou estatizada e centralizada, embora continuem sendo os principais financiadores da previdência social.

Em outro contexto econômico e político, durante a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente em 1942, é formulado na Inglaterra o Plano Beveridge, que apresenta críticas ao modelo bismarckiano vigente até então, e propõe a instituição do Welfare State. No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais, e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benéficos (BOSCHETTI, 2006).

Os direitos sociais refletem a resistência dos trabalhadores contra os abusos e exploração do capitalista dentro das relações de trabalho, porém essa conquista refere-se a um processo que incorpora marcas econômicas, políticas, ideoculturais determinadas sendo elas que fazem a mediação material desses direitos. É importante ressaltar que essa modalidade de direitos representa um reconhecimento legal desse movimento de lutas, que vão além das relações de trabalho.

Os direitos sociais só são concretizados no campo das políticas sociais, que constituem modernas funções do Estado de produzir, instituir, e distribuir bens e serviços sociais e ainda podem ser compreendidas como uns espaços privilegiados de materialização das demandas postas pelos trabalhadores ao Estado. As políticas sociais se num primeiro momento são reflexo de um processo reivindicatório nos marcos do Capitalismo, elas representam também uma forma de concessão de serviços pelo Estado tanto para sua legitimação quanto do próprio modo de produção existente, além de propiciar um aparente acesso ao consumo às classes subalternas em favor da expansão de um modelo de acumulação que estavam se formando.

Enquanto os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho, o modelo beveridgiano tem como principal objetivo a luta contra a pobreza (BEVERIDGE, 1943). As diferenças desses princípios provocaram o surgimento e instituição de diferentes modelos de seguridade social nos países capitalistas, com variações determinadas pelas diferentes relações estabelecidas entre o Estado e as classes sociais em cada país. Hoje, é difícil encontrar um “modelo puro”. As políticas existentes e que constituem os sistemas de seguridade social em diversos países apresentam as características dos dois modelos, com maior ou menor intensidade. No Brasil, os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde

(com exceção do auxílio doença, tido como seguro saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social, o que faz com que a seguridade social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social (BOSCHETTI, 2006).

A seguridade social pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvencilhar da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social. De todo modo, ambas são profundamente dependentes da organização social do trabalho. Nos países em que as duas lógicas convivem no âmbito da seguridade social, elas estabelecem entre si uma relação que vem sendo de atração e rejeição. É a ausência de uma dessas lógicas que leva à necessidade e à instauração da outra lógica. Por exemplo, aqueles trabalhadores que não estão inseridos no mercado de trabalho, que não têm acesso ao seguro, ou à previdência social, acabam caindo em uma situação de ausência dos direitos derivados do trabalho. A exigência da lógica do seguro e a impossibilidade de sua manutenção para todos os trabalhadores, sobretudo para os desempregados, empurram esse trabalhador para demandar a outra lógica, a lógica social, do direito não contributivo. Assim, aqueles que não contribuem que não estão inseridos em uma relação de trabalho estável e que não têm direito ao benefício contributivo, tornam-se potenciais demandantes da lógica social, do benefício não contributivo (BOSCHETTI, 2004).

No Brasil, o estado de bem estar social (Welfare State) nunca foi consolidado e estamos longe de um padrão de proteção social que transfere renda do capital para o trabalho. Como podemos ver a primeira lógica implantada no país foi a de seguro com as caixas de pensão em 1923, o acesso às políticas de previdência e saúde apenas para contribuintes da previdência social. A assistência social manteve-se, ao longo da história como uma ação pública desprovida de reconhecimento legal como direito, mas associada institucionalmente e financeiramente a previdência social.

Com a constituição de 1988 as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência) conforme (BOSCHETTI, 2004).

A onda neoliberal que assolou o país a partir da década de 1990 foi determinante para o desenvolvimento de uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais. A crise econômica vivida no país foi conduzida por um Estado que não assumiu compromisso redistributivos e o “conceito retardatário, híbrido distorcido ou inconcluso de seguridade social brasileira, conforme apontam importantes pesquisadores do tema, encontrou dificuldades antigas e novas ainda maiores para se consolidar” (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p.158).

1.3 DISPUTA PELO FUNDO PÚBLICO

A partir dos estudos e esclarecimentos do importante papel do Estado no processo de acumulação do capital, aos modelos de seguridade social empregados no neoliberalismo é primordial a ligação direta com o fundo público e o processo de acumulação. Diante destes pontos vamos entrar na discursão da importância do processo de financiamento das políticas públicas em específico na área da Saúde pública brasileira.

Como vimos o Estado tem um grande papel na forma de acumulação do capital, não podendo ser diferente no período entre duas grandes guerras mundiais. O Estado ganha uma nova concepção sobre seu poder por volta de 1930 com a grande crise e somente com a intervenção do Estado uma nova concepção de modo de produção consolidou como regime de acumulação plenamente acabada este chamamos de fordismo: um processo industrial onde há produção em série, linhas de montagens, cada operário realiza uma tarefa específica, produção em massa. Ocorrendo em associação com o Keynesianismo, que defendia a ação do estado na economia com o objetivo atingir o pleno emprego, gerando um surto de forte desenvolvimento econômico em inúmeros países.

O Estado teve de assumir novos (Keynesianos) papéis e construir novos poderes institucionais; o capital corporativo teve de ajustar as velas em certos aspectos para seguir com mais suavidade e trilha da lucratividade segura; e o trabalho organizado teve de assumir novos papéis e funções relativos ao desempenho nos mercados de trabalho e nos processos de produção. O equilíbrio de poder-tenso mas mesmo assim firme, que prevalecia entre o trabalho organizado, o grande capital corporativo e a nação- Estado, e que formou a base de poder da expansão de pós-guerra, não alcançado por acaso-resultou de anos de luta. (Harvey,2001, p.125, apud Salvador,2010, p.62)

O modo de acumulação fordista, no início, enfrentou resistência dos trabalhadores, principalmente por causa da alienação² do trabalho. Mas, com o aumento constante dos salários reais e a garantia de um determinado padrão de proteção social, ocorreu, de certo modo, a adesão do movimento sindical ao sistema fordista-keynesiano (Salvador,2010).

Estabeleceu-se um compromisso entre o capital e o trabalho que procurou delimitar o campo da luta de classes, caracterizado por Antunes como:

[...] uma forma de sociabilidade fundada no “compromisso” que implementava ganhos sociais e seguridade social para os trabalhadores dos países centrais, desde que a temática do socialismo fosse relegada a um futuro a perder de vista. Além disso, esse “compromisso” tinha como sustentação a enorme exploração do trabalho realizada nos países do chamado Terceiro Mundo, que estavam totalmente excluídos desse “compromisso” social-democrata. (Antunes,2001, p.38-9, apud Salvador,2010, p.63)

Na história do capitalismo, os embates entre capital e trabalho, ou mais precisamente, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e por uma situação mais digna de trabalho, levaram à construção de um determinado padrão de regulação do trabalho e dos sistemas de proteção social, particularmente no período de 1945 a 1975 nos países desenvolvidos. A regulamentação da força de trabalho e da proteção social espelha a correlação de forças na sociedade e conta com a participação fundamental da intervenção do Estado (SALVADOR,2010).

Pochmann (1999), analisando as estratégias de sustentação do emprego no capitalismo contemporâneo, especialmente nos países desenvolvidos no segundo pós-guerra, destaca o fato de a qualidade do emprego e da força de trabalho ser coordenada e articulada por cinco elementos-chave: a política macroeconômica voltada para o pleno emprego; o estabelecimento de condições para o uso do trabalho e do capital(intensivo/ extensivo), em termos de paradigma técnico-produtivo; o estabelecimento de políticas social , que estabelecem o acesso a garantias mínimas de proteção social e contribuem para o crescimento econômico com a geração de renda e de novas formas de ocupações nos segmentos não mercantis da economia; o estabelecimento de um sistema de relações de trabalho, que, ao estabelecer parâmetros regulatórios do mercado de trabalho, contribui para o estabelecimento do maior ou menor grau de concorrência no interior da classe trabalho, abrindo possibilidades

² .” No sentido que lhe é dado por Marx, ação pela qual (ou estado no qual) um indivíduo, um grupo, uma instituição ou uma sociedade se tornam (ou permanecem) alheios, estranhos, enfim, alienados aos resultados ou produtos de sua própria atividade [...]”. (Bottomore,1988, p.5,apud Salvador,2010,p63)

de maior homogeneização do padrão de uso e remuneração da força de trabalho; e o estabelecimento de políticas de emprego (SALVADOR,2010).

A relação salarial traz consigo os direitos derivados, particularmente no âmbito da seguridade social, que permitem aos trabalhadores a inserção na vida social mesmo estando fora do mercado de trabalho, viabilizando a demanda, o que, por outro lado, assegurava o esquema de escoamento da produção capitalista.

A importância do fundo público na construção do estado social é relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital principalmente em períodos de crises econômicas. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo. Para Francisco de Oliveira 1999, “o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais.” (Oliveira,1998, p19-20, apud Salvador,2010, p.70).

Existe uma miríade de formas de gastos sociais e de financiamento, incluindo a questão da manutenção e da valorização dos capitais pela via da dívida pública. A formação do capitalismo seria impensável sem a utilização de recursos públicos, que, muitas vezes, funcionam como uma “acumulação primitiva”.³

O que torna o fundo público estrutural e insubstituível no processo de acumulação de capital, atuando nas duas pontas de sua constituição, é que sua mediação é absolutamente necessária pelo fato de que, tendo desatado o capital de suas determinações autovalorizáveis, detonou um agigantamento das forças produtivas de tal forma que o lucro capitalista é absolutamente insuficiente para dar forma, concretizar, às novas possibilidades de progresso técnico abertas. Isto somente se torna possível apropriando parcelas crescentes da riqueza pública em geral, ou mais especificamente os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalistas. (Francisco de Oliveira,1998, p.32, apud Salvador,2010, p.79)

De acordo com Behring:

Há no argumento de Oliveira um elemento indiscutível: o lugar estrutural do fundo público no capitalismo contemporâneo, como expressão da sua maturidade e imensas contradições. A produção e a realização do valor vão requisitar que o

³ .O capitalismo na visão de Marx pressupõe a dissociação entre trabalhadores e proprietários dos meios pelos quais realizam o trabalho. O processo que cria o sistema capitalista implica a retirada do trabalhador da propriedade de seus meios de trabalho, um processo que transforma em capital os meios sociais de subsistência e os de produção e converte os assalariados em produtos diretos. “A chamada acumulação primitiva é apenas o processo histórico que dissocia o trabalhador dos meios de produção. É considerada primitiva porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção capitalista” (Marx,1987, p.830,apud Salvador,2010,p.78).

Estado se aproprie de parcela bastante significativa da mais-valia socialmente produzida para assegurar as condições gerais de produção e reprodução; dentro desse processo comparece o desenvolvimento de políticas sociais como lugar relevante de alocação do fundo público, a pender, claro, da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional. (Behring,2004, p.164, apud Salvador,2010, p.80)

O estado assume um importante papel no sentido de garantir infraestrutura para produção em massa e a viabilização da demanda, em consequência do consumo em massa, por meio do controle dos ciclos econômicos mediante combinação apropriada de políticas fiscais e monetárias (SALVADOR,2010).

Com intento de iniciar, fortalecer ou modernizar unidades que operam nos ramos mais avançados da indústria, o Estado dota agora as empresas com verbas colossais, obtidas de receitas públicas, para serem empregadas de acordo com a lógica do lucro-ainda intrinsecamente uma lógica “privada”, sejam quais forem os termos sob os quais as empresas operam e as verbas são concedidas além disso, o dispendioso esforço do Estado para ampliar e modernizar o sistema de instrução pública, sejam quais forem as finalidades abertamente declaradas desse esforço, serve basicamente ao propósito (nem sempre conseguido) de suprir a indústria com mão de obra treinada e sofisticada de know-how científico, tecnológico e gerencial, de que ela precisa para funcionar e progredir. Do lado dos resultados, também o interesse do Estado num “crescimento estável”, no “pleno emprego” etc., faz com que se empenhe em gastos maciços para sustentar a demanda de produtos industriais- com efeitos inflacionários colaterais, é de se prever. (Poggi,1981, p.137, apud Salvador,2010, p.81)

Com isto a disputa pelo fundo público passa a ser acirrada, as demandas crescente feitas em relação ao orçamento do Estado, tanto pela mão de obra como pelo capital, tanto pelos setores em crescimento como pelos setores estagnados da economia, não podem levar senão a níveis sem precedentes da dívida pública e aos esforços constantes do governo para terminar ou reduzir os programas estatais de bem- estar social (OFFE,1984, apud Salvador,2010).

As políticas constitutivas do Welfare State transformaram-se no padrão de financiamento público da economia capitalista, e o fundo público, na opinião de Francisco de Oliveira, “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.” (Oliveira,1998, p.19-20, apud Salvador,2010, p.83)

O autor Francisco de Oliveira 1999 revela que o fundo público é um conceito construído para investigar os processos pelos quais o capitalismo perdeu sua capacidade regulatória, e paralelamente sintetiza o complexo que tornou o lugar da autorregulação.

O conceito de fundo público tenta trabalhar essa nova relação na sua contraditoriedade. Ele não é, portanto, a expressão apenas de recursos estatais

destinados a sustentar ou financiar a acumulação de capital; ele é um mix que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado, que é sociopolítica, ou pública, se quisermos, e a razão dos capitais, que é privada. O fundo público, portanto, busca explicar a constituição, a formação de uma nova sustentação da produção e da reprodução e da produção do valor, introduzindo, mixando, na mesma unidade, a forma valor e o antivalor, isto é, um valor que busca mais-valia e o lucro, e uma outra fração, que chamo de antivalor, que por não buscar valorizar-se per se, pois não é capital, ao juntar ao capital, sustenta o processo de valorização do valor. (Oliveira,1998, p.53, apud Salvador,2010, p.87)

O processo de entendimento do fundo público é o da luta de classes; o deslocamento da esfera privada para a esfera pública. Ocorre para Francisco de Oliveira, um “deslocamento da luta de classes da esfera da produção, do chão da fábrica ou das oficinas ou ainda dos escritórios, para o orçamento do Estado” (Oliveira,1998, p.53, apud Salvador,2012, p.87). Nesse sentido, Maar defende a necessidade da disputa e do controle popular dos fundos públicos vinculados ao trabalho, retirando-os do alcance capitalista e fortalecendo a luta contra o espírito privatizante (Maar,2006, apud Salvador,2010).

Mas é importante também observar que no chamado modelo residual de bem-estar, que predomina nos países de tradição anglo-saxão, o financiamento das políticas sociais é feito, na maior parte, por meio dos impostos gerais arrecadados junto à população. A justificativa para essa forma de financiamento é o baixo comprometimento do fundo público com o financiamento das políticas sociais, que são residuais, pois a perspectiva é de que o cidadão contrate junto ao mercado privado o seu “bem-estar social” (SALVADOR,2010).

Nos últimos anos foram realizadas reformas que passaram para o mercado a provisão dos serviços sociais, paralelamente a uma desregulação do mercado de trabalho e também a maior flexibilidade nas relações de trabalho, que afetou de forma considerável a proteção social das famílias residentes nos países anglo-saxões. A ênfase é na função ativa do mercado na provisão dos serviços, especialmente nas áreas de educação e saúde. Há incentivos fiscais para que os cidadãos complementem seus benefícios públicos (que são mínimos) de aposentadorias no mercado privado ou prefiram receber integralmente aposentadorias dos fundos de previdência privados. Moreno (2000) destaca o fato de que há maior participação de setores lucrativos (privados) na cobertura de riscos que tradicionalmente são organizados e geridos pelas instituições estatais: aposentadorias e seguros de acidentes de trabalho (SALVADOR,2010).

O Estado capitalista busca desempenhar duas atribuições básicas, que na maioria das vezes são contraditórias: acumulação e legitimação. O mesmo Estado que cria condições para acumulação lucrativa do capital deve fazê-la mitificando sua política, denominando-a de algo que não é, ou ocultá-la, por exemplo, transformando temas políticos em administrativos. Com a contradição entre o processo de acumulação do capital monopolista e a ampliação das despesas sociais de produção, ocorre a necessidade, por parte do capital monopolista, da intervenção do Estado para que, por meio dos gastos como capital social^{eleve} a produtividade ou reduza os custos de reprodução da força de trabalho. Paralelamente, a expressão do capital monopolista produz desequilíbrios econômicos e sociais, como o desemprego, exigindo maiores gastos sociais para manter harmonia social. A tensão permanente do gasto estatal para garantir a coesão social versus aquele destinado à acumulação do capital monopolista é fator gerador de crises, de forma que os gastos sociais não são autônomos e sim inseridos na crise geral do Estado capitalista (O'Connor,1977, apud Salvador,2010, p.133).

Ocorrendo uma crise fiscal do Estado, uma disputa entre os recursos destinados à reprodução do capital e os fundos destinados à manutenção das políticas sociais. Trata-se de um jogo de soma zero: o que um perde é outro que ganha.

No Brasil o fundo público cumpriu funções e efeitos distintos dos ocorridos nos países do capitalismo central. A presença do Estado no desenvolvimento capitalista brasileiro transformou-se em um componente essencial e indispensável no processo de valorização do capital. De acordo com Fiori:

Aqui o Estado aparece, desde o início, atuando numa direção distinta, na medida em que, tratando como iguais capitais que não são desiguais produz e fortalece a desigualdade, agenciando um desdobramento peculiar da lei do valor, onde reprodução e acumulação convivem com uma desigualdade assegurada pela ação Estatal. (Fiori,1995, p.46, apud Salvador,2010, p.136)

Além de o fundo público brasileiro ser hoje composto majoritariamente pela renda dos trabalhadores, devido à regressividade do nosso sistema tributário, desde os anos 90, os gastos sociais estão cada vez mais direcionados a políticas para o capital, e não para os trabalhadores. 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. Duas características passam a marcar o campo dos direitos e serviços sociais: 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. Também um 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 (TEIXEIRA,2012).

Com base nos autores estudados podemos afirmar que o Estado brasileiro não proporciona condições de reprodução sociais da totalidade da força de trabalho, nem na condição de cidadã, com todas as suas implicações ideológicas. Com esta ausência de compromisso e relembrando a luta por direitos vemos que é marcada por grandes desafios principalmente nesta fase de neoliberalismo.

Praticamente todos os princípios constitucionais estão sendo desconsiderados profundamente: a universalidade dos direitos, a diversidade de financiamento no sentido de transferir recursos do capital para o trabalho e a gestão democrática e descentralizada. Todos esses princípios estão sendo gradualmente diluídos em sucessivas contrarreformas ou medidas tidas como de natureza técnica, mas que, na verdade, têm um nítido sentido político de desestruturação da seguridade social. O princípio de seletividade e distributividade é o único que não está sendo derruído, ao contrário, está sendo colocado em prática com bastante rigor. Os caminhos desse desmonte seguem diferentes tendências (BOSCHETTI, 2012)

O primeiro caminho do desmonte é o da desconfiguração dos direitos previstos constitucionalmente. Esses não foram nem uniformizados e nem universalizados. Diversas contrarreformas, como a da previdência de 1998, 2002 e 2003, sendo as primeiras no Governo Fernando Henrique Cardoso e outra no Governo Lula, restringiram direitos, reforçaram a lógica do seguro, reduziram o valor de benefícios, abriram caminho para a privatização e para a expansão dos planos privados, para os fundos de pensão, ampliaram o tempo de trabalho e contribuição para obter a aposentadoria (BOSCHETTI & SALVADOR, 2003).

No âmbito da política de saúde, os princípios do SUS, como descentralização e participação, universalização e integralidade das ações, estão sendo diluídos pela manutenção cotidiana, apenas de uma cesta básica, que não assegura nem os atendimentos de urgência. É notória a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que se

evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internamento. (BOSCHETTI, 2012, p.13)

O segundo caminho do desmonte é a fragilização dos espaços de participação e controle democrático previstos na Constituição, como Conselhos e Conferências. Enquanto instâncias deliberativas e participativas, os Conselhos não estão sendo consolidados. Primeiro, pela extinção de Conselho Nacional de Seguridade social, que tinha função de articular as três políticas e atribuir unidade ao sistema. A iniciativa de institucionalização dos conselhos, quase como um setor do estado, dificultando a consolidação dos conselhos como espaço autônomo de participação, controle democrático e de fiscalização. Este aspecto nós vamos discutir no próximo capítulo, com ênfase no controle social democrático, apresentado pelo Conselho Nacional de Saúde nós anos de 2013 á 2015.

A terceira, e talvez mais destrutiva forma de desmonte, é a via do orçamento. As formas de recurso não foram diversificadas, contrariando o dispositivo constitucional, e permanece a arrecadação predominantemente sobre a folha de salários. Ocorre uma usurpação de 20% dos recursos da seguridade social para o pagamento da dívida pública por meio da Desvinculação das Receitas da União. Em relação ao financiamento, quem paga a conta da seguridade social é, majoritariamente, a contribuição dos empregados e dos trabalhadores sobre folha de salário, o que torna o financiamento regressivo, já que sustentado nos rendimentos do trabalho. Assim, quem paga a maior parte da conta da seguridade social são os trabalhadores, com o desconto em folha, sendo que as contribuições sociais baseadas no lucro (CSLL) e faturamento das empresas (COFINS) acabam sendo transferidas para as mercadorias onerando os consumidores. Do ponto de vista das fontes de financiamento, podemos afirmar que a seguridade tem caráter regressivo, pois não transfere renda para o trabalho (BOSCHETTI,2012)

Um elemento importante para compreendermos esse processo de desmonte é saber o destino dos recursos públicos. A maior parte da seguridade social fica na previdência social 60%, seguida pela política de saúde 14% e assistência com média de 6%, sobrando 20% para utilizar em outras políticas sócias. Mais não se pode compreender a seguridade social em sua totalidade sem entender sua relação direta com a política econômica (BOSCHETTI,2012)

Os retrocessos presentes nos direitos sociais têm íntima relação com a economia, que engole parte significativa do orçamento, deste 1994, vem ocorrendo apropriação indevida desses por

meio da Desvinculação das Receitas da União, que são retidos pelo Orçamento Fiscal da União e canalizados para a esfera financeira e geração do superávit primário, transforma recursos destinados aos direitos sociais em forma de sustentação da política monetarista de juros altos, tornando um ciclo.

O desmonte está presente na realocação das receitas do orçamento da seguridade social pelo Tesouro Nacional, que vem crescendo anualmente por meio da DRU, criada em 2000 a Desvinculação de Receitas da União (DRU), pela EC n.º 27. Onde vem sofrendo alterações constantes, em 2016 o Plenário concluiu a votação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 31/2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelece a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios (AGÊNCIA SENADO, 2016).

A PEC prorroga até 2023 a permissão para que a União utilize livremente parte de sua arrecadação - a Desvinculação de Receitas da União (DRU); ampliando seu percentual de 20% para 30% de todos os impostos e contribuições sociais federais. Cria mecanismo semelhante para estados, Distrito Federal e municípios - a Desvinculação de Receitas dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios (DREM) -, ficando desvinculadas 30% das receitas relativas a impostos, taxas e multas, não aplicado às receitas destinadas à saúde e à educação. (AGÊNCIA SENADO,2016)

A PEC produz efeitos retroativamente a 1º de janeiro deste ano de aprovação. Aprovada em segundo turno por 54 votos favoráveis e 15 contrários. (AGÊNCIA SENADO,2016).

A PEC permite ao governo realocar livremente 30% das receitas obtidas com taxas, contribuições sociais e de intervenção sobre o domínio econômico (Cide), que hoje são destinadas, por determinação constitucional ou legal, a órgãos, fundos e despesas específicos. A expectativa é que a medida libere R\$ 117,7 bilhões para uso do Executivo apenas em 2016, sendo R\$ 110,9 bilhões de contribuições sociais, R\$ 4,6 bilhões da Cide e R\$ 2,2 bilhões de taxas (AGÊNCIA SENADO 2016).

Esse valor poderá ser usado para o cumprimento da meta de resultado primário deste ano - que prevê um déficit de R\$ 170,5 bilhões - e para a redução da dívida pública no âmbito da União. A desvinculação não atinge a receita obtida com a contribuição do salário-educação, tributo que financia programas da educação básica pública, ou as verbas destinadas à saúde

pública. Também não poderá prejudicar o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), que paga os benefícios previdenciários (AGÊNCIA SENADO,2016)

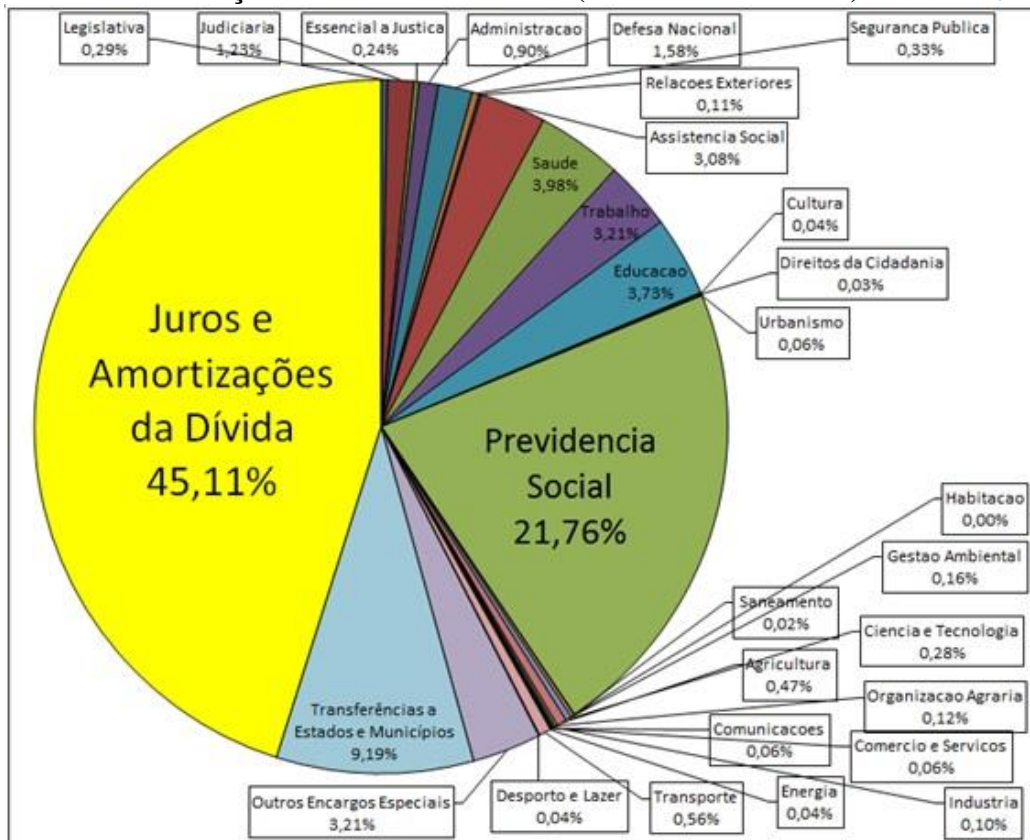
No caso dos estados e municípios, a desvinculação abrange a receita de todos os impostos, taxas e multas. São excluídos da DRU recursos destinados à saúde, à educação e ao pagamento de pessoal, as contribuições previdenciárias e as transferências obrigatórias e voluntárias entre entes da federação com destinação especificada em lei. Ficam livres da DRU igualmente fundos do Judiciário, dos tribunais de contas, do Ministério Público, das procuradorias-gerais e das defensorias públicas (AGÊNCIA SENADO,2016).

A baixa participação do orçamento fiscal no orçamento da seguridade, e o terceiro mecanismo da isenção fiscal que faz com que a seguridade social deixe de arrecadar anualmente em torno de R\$ 13 bilhões devido às renúncias previdenciárias às “entidades filantrópicas” (assistência, saúde e educação), micro e pequenas empresas e clubes de futebol, segundo dados da ANFIP (2005). Mostrando que a seguridade social brasileira, fruto das lutas e conquistas da classe trabalhadora, é espaço de fortes disputas de recurso e de poder, constituindo-se em uma arena de conflitos (BOSCHETTI, 2012).

Trazendo alguns dados retirados da auditoria cidadã da dívida em 2014, podemos visualizar que o governo federal gastou R\$ 978 bilhões com juros e amortizações da dívida pública, o que representou 45,11% de todo o orçamento efetivamente executado no ano (FATTORELLI&ÁVILA,2015).

Essa quantia corresponde a 12 vezes o que foi destinado à educação, 11 vezes aos gastos com saúde, ou mais que o dobro dos gastos com a Previdência Social, conforme o gráfico abaixo⁴.

⁴ Segundo a auditoria da dívida, os dados do gráfico foram extraídos e dados oficiais contrabilizados pelo governo no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal SIAFI.

GRAFICO I. Orçamento Geral da União (Executado em 2014) Total =R\$ 2,168 o trilhão

Fonte: <http://www8d.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=92718> Notas: 1) inclui o “refinanciamento” da dívida, pois o governo contabiliza neste item grande parte dos juros pagos. 2) os gastos com juros e amortizações da dívida se referem aos GNDs 2 e 6, e foram desmembrados da Função “Encargos Especiais”; 3) as transferências a estados e municípios se referem ao programa 0903 – “Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica”, e também foram desmembradas da Função “Encargos Especiais”. 4) os demais gastos da função “Encargos Especiais” foram referidos no gráfico como sendo “Outros Encargos Especiais”, e representam principalmente despesas com o ressarcimento ao INSS de desonerações tributárias, subsídios à tarifa de energia elétrica, pagamento de precatórios, dentre outras. 5) O gráfico não inclui os “restos a pagar” de 2014, executados em 2015.

De acordo com os autores, Maria Luzia e Rodrigo, o critério utilizado para a elaboração do gráfico soma as parcelas informadas pelo governo a título de “juros” e “amortizações”, no total de **R\$978 bilhões**, pelas seguintes razões:

A parcela informada pelo governo a título de “Juros e Encargos da Dívida” foi de apenas **R\$ 170 bilhões**. Conforme vem sendo denunciado desde a CPI da Dívida Pública realizada na Câmara dos Deputados, em cada ano o governo vem deixando de computar grande parte dos juros nominais, classificando-a como “amortizações”. As estatísticas governamentais não evidenciam o valor que efetivamente está sendo pago a título de juros nominais aos detentores dos títulos.

A parcela informada pelo governo a título de “Amortizações da Dívida”, ou seja, o pagamento do principal, foi de **R\$ 808 bilhões**. Tal valor está inflado pela atualização monetária de toda a dívida, que deveria fazer parte dos juros, pois de fato é parte da remuneração dos títulos, mas está sendo contabilizada como se fosse “amortização”, conforme também denunciado desde a CPI da Dívida Pública.

Por causa desses equívocos denunciados há anos, grande parte dos “Juros” que efetivamente pagamos aos detentores dos títulos está embutida na parcela das

“Amortizações”. Diante da falta de informação acerca dos juros nominais efetivamente pagos e da atualização monetária efetuada, não temos outra alternativa senão somar todo o gasto com a dívida, conforme demonstrado no gráfico.

Esse equívoco do governo na apresentação dos gastos efetivos com a dívida pública faz parte de uma coleção de privilégios de ordem financeira, legal e econômica que o Sistema da Dívida usufrui. Tal fato tem levado inúmeros analistas a aliviar o efetivo peso que o endividamento público exerce sobre as contas públicas do nosso país, utilizando um termo que ilude aqueles que não se aprofundam na análise do Sistema: dizem que a parcela das amortizações configuram “mera rolagem”, ou seja, o refinanciamento de dívida anteriormente existente mediante a contratação de nova dívida, razão pela qual não seria um problema para o país (FATTORELLI & ÁVILA,2015).

Segundo Carlos Ocké-Reis em sua entrevista a revista RADIS julho de 2017, o pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), deixou claro que o capital financeiro é o inimigo central a ser combatido pelas forças que atuam no campo popular, democrático e socialista. Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), o economista analisou o cenário de tensões em que foi criada a saúde universal no Brasil e as distorções ocorridas no financiamento e sustentabilidade do modelo. “Pela letra de lei, por meio do SUS, todo cidadão em tese tem direito á saúde de acordo com suas necessidades e indepentemente da sua capacidade de pagamento, inserção no mercado de trabalho ou condição de saúde. Essa não é questão menor”. Carlos Ocké-Reis salientou que o acesso á saúde universal foi um avanço importante para a construção de uma sociedade soberana no Brasil. Contudo, ele indicou que o Estado deveria ter concentrado seus esforços para fortalecer o SUS, a esfera pública e não o fez. “O SUS não teve um financiamento estável, enquanto os planos de saúde contaram com pesados incentivos governamentais favorecendo o crescimento do mercado e a estratificação da clientela. Desde 1968, o Estado patrocinou o crescimento do mercado de planos de saúde”.

O economista e pesquisador do Ipea apontou que o sistema de saúde brasileiro passou a funcionar de forma duplicada e paralela, na esteira da privatização do antigo modelo de seguro social.” Esse é um ponto importante da discussão visto que houve uma privatização da Seguridade Social no Brasil”, disse. Segundo Ocké, a clientela do seguro social migrou para o seguro privado, sem mediação pelo modelo se seguridade. “O SUS não foi capaz de superar o processo de americanização perversa, ao qual o sistema de saúde brasileiro foi submetido, e o mercado tende a agravar as distorções desse mix público-privado. Para nós, sanitaristas, não é fácil lidar com essa contradição.”

Carlos Oké-Reis revelou, ainda, que em 2013, os subsídios a plano de saúde foram de R\$ 105 bilhões. O dinheiro para ele, poderia ter sido aplicado na atenção primária e em algumas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Taxar grandes fortunas e realizar a auditoria da

divida são os caminhos indicados por ele para renovar a SUS. “É importante quebrar a espinha dorsal do mercado que é a renúncia fiscal. Mesmo com a hegemonia do capital financeiro, é importante trazer esse dinheiro para as políticas públicas. Temos um SUS subfinanciado e estamos subsidiando o setor privado”, observou. “Existe um projeto orgânico e estratégico de fortalecimento do setor privado por esse governo ilegítimo. Como fazer um debate num contexto defensivo”, perguntou.

Segundo ele, é necessário romper com a política de austeridade fiscal que produz impactos negativos sobre o financiamento das políticas de saúde e as próprias condições de saúde da população brasileira e revogar o atual modelo de financiamento do SUS. “Na atual conjuntura, as instituições e entidades que lutam pela Constituição e pelo fortalecimento do SUS precisam se mobilizar em caráter permanente, em torno de um projeto de desenvolvimento sustentável, em defesa da democracia, do emprego e dos direitos sociais e ambientais”. O que nos move é a luta por uma saúde cada vez mais emancipada”, finalizou. (Revista RADIS Nº179.AGO 2017)

Diante desta onda conservadora, de desmonte e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, é importante o entendimento da construção da política de saúde brasileira. Para melhor compreensão da proposta presente neste trabalho, o próximo capítulo irá discutir, e passar pela história e consolidação do processo de luta da classe trabalhadora, por um Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO II O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Neste Capítulo discutiremos a trajetória da Política de Saúde brasileira, que traz consigo antecedentes da ação estatal, com papel de manutenção da ordem social. Mais efetivamente na década de 1930 que são elaboradas políticas para a área, com algumas iniciativas e campanhas limitadas onde foram tomadas algumas medidas no sentido previdenciário como criação das caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que contribuía apenas para alguns trabalhadores assalariados e com um enfoque maior em acumular no caráter financeiro do que a prestação de serviços, nos anos 1945-1950 uma estrutura hospitalar privatista e a formação de empresas médicas já estavam presentes no País.

A política de saúde ganhou caráter do modelo privatista e estabelecendo raiz na conjuntura brasileira no período da Ditadura Militar, onde problemas estruturais foram aprofundados com uma dimensão ampla. O setor de saúde assumiu caráter capitalista com a necessidade tecnológica, a saúde pública declinou e a medicina previdenciária cresceu. Este bloco que estava no poder em 1964 com seu caráter repressivo não conseguiu uma hegemonia modificando sua relação com a sociedade civil, legitimando cada vez mais a dominação burguesa. Estabelecendo um enfrentamento sobre a questão social, a fim de reprimir as pressões populares (BRAVO 2012).

Surgiu uma proposta do movimento da Reforma Sanitária neste período de luta, um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema de saúde, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população e universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Deixando de discutir a saúde apenas como doença, profissionais da saúde preocupados com o sistema desenvolveram teses e integraram discussões políticas, um importante político nesta luta foi o sanitarista Sergio Arouca, um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista", que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil.

"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." (AROUCA, 1998, p.51)

Superando este regime nos anos 80 a sociedade passou por um processo de democratização política e junto com uma profunda e prolongada crise, com seu caráter conservador está nova fase veio com ganhos para a massa da população. Através de articulações com partidos políticos e movimentos sociais a saúde pública entrou em debate, com um fato marcante que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, propondo não somente um Sistema Único, mais a Reforma Sanitária⁵. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ficando bem claro a disputa entre grupos empresariais e forças populares.

O processo de constituinte no Brasil foi entre 1987/1988, ficando marcada como uma trajetória inovadora, a ampla participação popular, motivada pelo anseio de redemocratização do país. Como consequência dessa abertura, a elaboração do texto constitucional foi precedida de um debate longo e tecnicamente difícil, mas, ao mesmo tempo, rico e democrático. A sociedade encontrou diversas formas de interferir no processo constituinte. Além dos canais institucionalizados pelo Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte (sugestões, audiências públicas, emendas populares), foram criados fóruns de debate e de acompanhamento das atividades da ANC por todo o Brasil.

A abertura do processo constituinte foi uma consequência da intensa mobilização social que vinha se formando no país a partir do descontentamento com o regime militar. A transição lenta e gradual propugnada pelas elites foi substituída por uma experiência democrática sem precedentes na história política do país. As dificuldades surgidas em função das resistências conservadoras não impediram que aflorasse o conflito e, com isso, que se tornasse possível o exercício da democracia⁶. Suscitar e manter um debate nesses moldes, contudo, representou

⁵ O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. 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. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista>. Acesso em 24 de maio de 2017.

⁶ Na descrição de Michiles: “Após um longo período de autoritarismo, o processo constituinte, desde a luta pela sua convocação até o resultado final do texto aprovado, foi profundamente marcado por controvérsias,

um desafio para a sociedade brasileira, na qual o autoritarismo desenvolveu raízes profundas e dificultou, com isso, a formação de uma esfera pública autônoma, distanciada do Estado e do mercado⁷(NACIMENTO,2013).

Esse confronto entre o antigo e o novo, entre a resistência autoritária a mudanças substanciais e o anseio por ruptura com a ordem vigente, refletiu-se no caminho percorrido pelo processo constituinte, muitas vezes inovador, como na implementação de canais de participação direta da sociedade, outras, conservador, como nas manobras do “Centrão⁸” para alterar o Regimento Interno da ANC e, a partir daí, tentar anular as conquistas sociais obtidas nas fases anteriores do processo⁹(NACIMENTO,2013).

A participação social no processo constituinte foi fundamental para a conquista de direitos e a criação do Sistema Único de Saúde SUS, apesar da forte resistência encontrada, a mobilização popular conseguiu persistir e imprimir muitas de suas reivindicações no texto constitucional, como a saúde é direito de todos e dever do Estado. Uma das dimensões da Constituição

contradições, avanços e recuos. Em cada momento da tão longa caminhada institucional, o movimento popular foi ator – mais presente ou menos presente – e não apenas espectador. Igualmente, enquanto o jogo se dava no campo oficial, uma rica pedagogia era apreendida pelos setores mobilizados da sociedade, compreendendo melhor as lutas, as correlações de força, as próprias fragilidades e virtudes, as engenharias eleitorais e institucionais que se interpõem entre os cidadãos e seus corpos representativos, as formas de pressionar e conflitar ou de entender-se e mediar” (1989, p. 390).

⁷ Na observação de Marilena Chauí, “a sociedade auto-organizada, que expõe conflitos e contradições, é claramente percebida como perigosa para o Estado (pois este é oligárquico) e para o funcionamento ‘racional’ do mercado (pois este só pode operar graças ao ocultamento da divisão social). Em outras palavras, a classe dominante brasileira é altamente eficaz para bloquear a esfera pública das ações sociais e da opinião como expressão dos interesses e dos direitos de grupos e classes sociais diferenciados e/ou antagônicos” (2000, p. 92). Com isso, as iniciativas dos movimentos sociais, sindicais e populares é bloqueada, e os direitos sociais, como educação, saúde e habitação, transformados em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos a sua lógica: “No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social, isto é, a polarização da sociedade entre a carência e o privilégio, a exclusão econômica e sociopolítica das camadas populares, e, sob os efeitos do desemprego, a desorganização e a despolitização da sociedade anteriormente organizada em movimentos sociais e populares, aumentando o bloqueio à construção da cidadania como criação e garantia de direitos” (2000, p. 95).

⁸ Na fase inicial da Constituinte de 1988, acabou sofrendo um contra-ataque dos setores mais conservadores do Congresso, representados pelo “Centrão”, que inviabilizou grande parte das tentativas de estabelecer uma constituição diferente dos moldes das anteriores. A fase final da Constituinte vai caracterizar a interferência dos grupos conservadores dominantes tanto do Congresso quanto da sociedade como um todo (art. 170, CF).

⁹ É o que recorda Michiles: “Do ponto de vista regimental, a Constituinte admitiu oficialmente três tipos de participação direta de não-constituintes, cidadãos e organizações da sociedade civil: sugestões, audiências públicas e propostas de emendas populares. Sabia-se das condições adversas da disputa. Conhecia-se a aspereza do conflito político entre interesses de classes divergentes (...) Porém, a inusitada admissão dessas formas participativas, reconhecidas pelo oficialismo constituinte, representou importante meio de pressão, de mobilização e de inserção com aprendizado. As grandes vozes conservadoras opuseram-se a tais mecanismos; uma vez derrotadas, procuraram desmoralizá-los e, ainda hoje, insistem em que nada foi assimilado” (1989, p. 390).

Federal de 1988 é exatamente a atenção dispensada à garantia dos direitos fundamentais, a qual, por sua vez, somente pode ser realmente compreendida à luz da interferência da sociedade organizada no processo constituinte.

“O Sistema Único de Saúde SUS tem como princípios arranjos organizacionais do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim”. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

São 3 os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade está ligada à garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, sem acepção ou discriminação, de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. O significado deste princípio é extremamente relevante para a consolidação da democracia, pois, partir de então, não apenas as pessoas com carteira assinada (ligadas à previdência) poderiam contar com tais serviços, mas toda a população. Outro princípio fundamental é integralidade. Tal conceito parte da ideia de que existem várias dimensões que são integradas envolvendo a saúde dos indivíduos e das coletividades. Assim, o SUS procura ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação. Como apontam Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535), “esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter nacional intersetorial.” Da mesma forma, a equidade “como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade” (ELIAS, 2008, P. 14). Assim, este princípio veio ao encontro da questão do acesso aos serviços, acesso muitas vezes prejudicado por conta da desigualdade social entre os indivíduos. Neste sentido, fala-se em prioridade no acesso às ações e serviços de saúde por grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

Na obra *A saúde como direito e como serviço*, Amélia Cohn afirma que:

“Constituir, portanto, a saúde como ‘um direito de todos e dever do Estado’ implica enfrentar questões tais como a de a população buscar a utilização dos serviços

públicos de saúde tendo por referência a sua proximidade, enquanto para os serviços privados a referência principal consiste em ‘ter direito’. (Cohn,1991, p.25)

Da mesma forma, e exatamente porque essas questões remetem à tradição brasileira de direitos sociais vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo, contrapostos a medidas assistencialistas aos carentes, a equidade na universalização do direito à saúde está estreitamente vinculada às mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação do Estado com a sociedade, o que vale dizer, da alteração do sistema de poder no país” (BRAVO e CORREIA, 2012).

Porem com a afirmação do neoliberalismo na década de 90 o estado redimensiona seu papel, reconstruindo a proposta de política pública na área da saúde. Desarticulando a Reforma Sanitária e os direitos previstos na constituição de 1988, focalizando o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela constituição para ser o sistema de saúde dos brasileiros. Entrando para o caráter de mercado que estabelece nos âmbitos atuais há um sistema de acirramento das políticas sociais fragmentadas, mantendo a polarização entre os dois projetos “público, privado”. Assim vemos um grade enfrentamento por meio da massa de trabalhadores que luta por um avanço de propostas concretas, uma efetivação da política social na área da saúde e a defesa dos princípios e diretrizes do SUS.

O estudo da economia política do Welfare State e do neoliberalismo esclarece que o processo de desmonte da saúde pública brasileira está inserido no processo global de ataques à Seguridade Social, promovido pela retórica neoliberal hegemônica desde 1980. Desde então, as políticas social-democratas que passavam pela atuação do Estado como indutor do emprego, do investimento e da minimização dos riscos sociais, são tidas como excesso, assistencialismo, populismo e irresponsabilidade fiscal. Desta forma, o neoliberalismo impôs uma disputa ideológica e de recursos financeiros entre Estado e mercado, que se converteu em captura do setor público pelo privado. Este processo tende a ser mais ou menos agressivo de acordo com a articulação do setor privado e sua influência na economia. Quando se trata do segmento de saúde no Brasil, o mercado é o rei (TRAVAGIN,2016)

O SUS foi concebido no processo de democratização do país após a ditadura militar, justamente em resposta a um modelo de saúde privatista e excludente, porque era baseado na compra de serviços privados pelo Estado e no vínculo previdenciário. O que chamamos de “medicina previdenciária” começou a ser construída nos anos 30, mas tomou sua forma mais

sólida durante o regime militar sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), quando a saúde pública foi literalmente relegada (TRAVAGIN, 2016)

O esquema médico-previdenciário não teve fim apenas devido à crise econômica dos anos 1980 e às inúmeras denúncias de fraude. Ele foi superado pela luta política democrática na qual se envolveu o movimento sanitário. Uma luta que desafiou os interesses do setor privado de saúde, pela construção de um sistema universal, público e gratuito, baseado na concepção ampliada da saúde. Os sanitários eram uma caixa de ressonância das demandas de uma sociedade exausta e, naquele período, politicamente esclarecida.

No entanto, o segmento privado de serviços de saúde, fortalecido e articulado, não precisou de muito tempo para contornar este “obstáculo”. Bastava um governo simpático aos interesses privados para que o SUS fosse desmantelado antes de ser executado. A “Constituição Cidadã”, promulgada em 1988, já sofreu seus primeiros golpes em 1990. O governo Collor abraçou aquela retórica neoliberal mencionada acima e impôs as primeiras restrições à implantação do SUS: foram 26 vetos na Lei Orgânica da Saúde, atacando itens relativos ao orçamento e à participação social, além da nomeação no mínimo estranha da presidência do INAMPS para executar o processo de descentralização que levaria ao SUS (através da NOB nº 1). O impeachment não barrou o processo. Itamar Franco retirou do SUS o direito de receber recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social FPAS (TRAVAGIN, 2016).

O governo de FHC trouxe as maiores dificuldades à saúde pública, e isso se relaciona mais uma vez com a retórica liberal. A reestruturação macroeconômica do país, com vistas à estabilidade monetária (metas de superávit, metas de inflação e câmbio flutuante) conflita com a implantação das políticas sociais ao limitar austeramente os gastos públicos, sobretudo os gastos sociais.

A Reforma Gerencial do Estado de 1995 serviu aos propósitos de redução do aparato estatal e delegação de serviços públicos ao setor privado, por meio das Organizações Sociais (OS), perniciosas no caso da saúde pública. Lembro que o Banco Mundial empenhava uma força considerável em disseminar este discurso aos países subdesenvolvidos, nos anos 1990. O Banco dedicou publicações à questão da saúde, recomendando a focalização da assistência

pública nos pobres, contenção de gastos, restrição do sistema à atenção primária e, sobretudo, o incentivo ao setor privado de saúde(TRAVAGIN,2016).

A insistência na focalização das políticas sociais e na ineficiência do gasto público é uma estratégia argumentativa usada para justificar a ampliação do mercado de saúde, em detrimento do sistema público. A questão não foi resolvida nos governos do PT. O SUS continua sem bases estáveis de financiamento. Os governos petistas tampouco enfrentaram a questão dos privilégios ao setor privado de saúde, a quem muito interessa o sucateamento do SUS, e é fonte de influência dentro das duas casas legislativas do Brasil(TRAVAGIN,2016).

Analisando os desafios do controle social na atualidade, e sua formação no processo de redemocratização da sociedade brasileira, é preciso lembrar do controle social na ditadura militar com seu caráter autoritário, enfatizando a relação entre Estado e Sociedade Civil e a redemocratização do Estado. O contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil em 1990 levou a ideia que sociedade civil buscava mudanças para a sociedade, mais como se ela fosse composta unicamente por setores progressistas ou pelas classes subalternas, tendo uma distorção na década de 1990 do controle social, no Brasil a expressão tem sido utilizada como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, especialmente no campo das políticas sócias. Estabelecendo a sociedade civil como “boa” e desresponsabilizando o Estado de seus deveres devido sua falta de apropriação do dever público (BRAVO e CORREIA, 2012)

Na saúde a participação social foi importante no movimento da Reforma Sanitária, e a criação Sistema Único de Saúde tornando um espaço de hegemônico, mais que não seja defendida à ideia de sociedade civil substituindo o dever do Estado, reduzindo o seu papel de prestador direto dos serviços. Abordaremos no próximo item o processo de Controle Social através do Conselho Nacional de Saúde CNS.

2.1 Controle Social e o importante papel do Conselho Nacional de Saúde¹⁰

O processo de Controle Social na área da saúde pode ser identificado no surgimento do conselho nacional de saúde, instituído em 1937, pela lei n.378 que tinha como objetivo

¹⁰ O conteúdo deste item é resultado do projeto de pesquisa “A CONTRARREFORMA NO SETOR SAÚDE E A AMEAÇA AO CONTROLE SOCIAL DEMOCRÁTICO”, da Professora orientadora Alessandra Ribeiro de Souza do departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social – DECSO da Universidade Federal de Ouro Preto, desenvolvido e apresentado no relatório final.

auxiliar o Ministério da saúde. Ao longo da história o conselho foi se estruturando e sofrendo alterações como sua regulamentação em 1954¹¹. Desde então, vários decretos¹² foram realizados, e em 1962 tomou caráter de resolver os assuntos pertinentes a saúde ajudando o ministro. Em um segundo momento, a atuação do Conselho foi ampliada pelo Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Nessa fase, a promoção, proteção e recuperação da saúde passam a ser foco dos debates e caberia ao Conselho:

“... examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (Carvalho, 1995, p.32).

Na década de setenta, conforme explicitamos anteriormente, surgiu com grande força o movimento de reforma sanitária, grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização da saúde. Aumentou, assim, o conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do País. Foi quando começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil. Em 1987, foi publicado o Decreto n.º 93.933, de 14 de janeiro, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde segundo Conselho Nacional de Saúde.

As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização do setor. Como a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, a partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na constituição, como saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social. O Decreto n.º 99.438, de 7 de julho de 1990, regulamentou as novas atribuições do CNS e definiu as entidades e órgãos que comporiam o

¹¹ Para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>.

¹² Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24. O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>

novo plenário, com 30 membros. Essa legislação fixou na composição do CNS entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% eram divididos entre 25% para trabalhadores e outros 25% para gestores e prestadores de serviço. A composição do CNS de 1990 foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro, aprovou a Resolução n.º 333¹³, de 4 de novembro de 2003, com as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Na ocasião foi mantida a composição dos conselhos de saúde como propôs a Resolução n.º 33 de 1992, a qual reafirmava a paridade e a composição entre os segmentos.

No ano de 2006 quando foi publicado o Decreto Presidencial n.º 5.839¹⁴, de 11 de julho de 2006. Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também pela primeira vez na história elege seu Presidente; cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros sendo 24 titulares representados por usuários, 12 profissionais de saúde, 6 gestores federais, 1 estadual e 1 municipal e 2 prestadores de serviços e 2 entidades empresariais, lembrando que estas conquistas são frutos de longa luta e negociação do movimento social com o ministério da saúde.

Segundo o site do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/>) a estrutura organizacional do conselho é organizada em Plenário, Mesa Diretora, Presidência,

¹³ O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro, aprovou a Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, com as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Na ocasião foi mantida a composição do conselho de saúde como propôs a Resolução n.º 33 de 1992, a qual reafirmava a paridade e a composição entre os segmentos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>

¹⁴ O Conselho Nacional de Saúde - CNS, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde. Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm.

Comissões, Grupos de Trabalho e Secretaria-Executiva. A plenária é o fórum de deliberação plena e conclusiva formado pelos representantes de usuários, governo e prestadores da área da saúde e profissionais de saúde. As reuniões ocorrem de forma ordinária doze vezes por ano, uma vez por mês, ou por convocação extraordinária requerida pelo Presidente do CNS ou por deliberação do Plenário. Cabe ressaltar que a reunião é transmitida em tempo real via site do CNS.

A mesa diretora do CNS, eleita pelo Plenário, é composta de forma paritária entre os segmentos por oito Conselheiros Titulares, incluído o Presidente do CNS, para mandato de três anos, permitidas reeleições, desde que observado o prazo de três anos, fixado no Art. 7º do Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. Cabe à Mesa Diretora, a responsabilidade por toda a condução dos processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo Pleno. Outra competência da Mesa do CNS, que trabalha de forma colegiada, é promover articulações políticas com órgãos e instituições, internos e externos, para garantir a intersectorialidade do Controle Social e a articulação com outros conselhos de políticas públicas.

A Presidência do Conselho Nacional de Saúde é definida por meio de votação secreta, entre os Conselheiros Titulares, em eleição que precede a escolha dos demais membros da Mesa Diretora. Seu mandato também será de três anos, permitidas reeleições desde que observado o prazo de três anos, fixado no Art. 7º do Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006. Entre as principais atribuições da Presidência, estão a coordenação da Mesa Diretora, a representação do Conselho em suas relações internas e externas, o estabelecimento da interlocução com órgãos do Ministério da Saúde e demais órgãos do governo e com instituições públicas ou entidades privadas para o cumprimento das deliberações do CNS, expedir atos decorrentes de deliberações do CNS, entre outras.

As Comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do Controle Social. As Comissões buscam fornecer subsídios de discussão ao Pleno para a deliberação sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde. As Comissões são compostas por até 22 membros, entre titulares e suplentes. Poderão compor a Comissão: Conselheiros Nacionais e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, outros Ministérios, do Conass, do Conasems e de Entidades e Movimentos Nacionais, de acordo com as necessidades e especificidades. Para as funções de Coordenador e Coordenador Adjunto somente poderão

ser indicados Conselheiros Nacionais, titulares ou suplentes. Em 2016 a gestão do CNS aprovou a alteração no formato das comissões alterando seu quantitativo de 26 para 18 ao “aglutinar” algumas já existentes a partir de temáticas próximas e também permitindo a ampliação do número de participantes nestas comissões.

Os Grupos de Trabalho (GT) são organismos instituídos pelo Plenário para assessoramento temporário ao CNS ou às Comissões, com objetivos definidos e prazo para o seu funcionamento fixado em até seis meses. Cabe ao GT fornecer subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica. Sua composição pode ser de até cinco Conselheiros, incluindo o Coordenador, garantindo, preferencialmente, a representação de todos os segmentos do CNS.

A Secretaria-Executiva do CNS é um órgão vinculado ao Gabinete do Ministro da Saúde com a finalidade de fornecer as condições necessárias para o cumprimento das competências do CNS. Cabe à Secretaria dar todo o suporte técnico-administrativo para as atribuições do Conselho Nacional de Saúde, às suas Comissões e Grupos de Trabalho. Também está entre as atribuições da Secretaria-Executiva o encaminhamento das demandas aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde após deliberação do Pleno, acompanhar, assessorar e participar da execução e do mapeamento do recolhimento de dados e análises estratégicas formuladas pelos órgãos conveniados, organizar o processo eleitoral do CNS e participar da organização da Conferência Nacional de Saúde e das Conferências Temáticas, entre outras.

As Comissões são constituídas pelo Conselho Nacional de Saúde a partir das necessidades e são instâncias para ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde e demais áreas sociais com repercussão nos determinantes sociais da saúde, o que representa o fortalecimento do controle social e dos movimentos e entidades sociais que participam do SUS. Vemos que o conselho de saúde colabora na formação da política de saúde, tendo participação da sociedade nas decisões do Estado, um conselho deliberativo que discute as pautas e toma decisões.

Conforme discutimos no início deste capítulo a política de saúde pública enfrenta sérios desafios tendo em vista a ofensiva imposta pelo capital. Nesse sentido, a participação social e controle social nos dias atuais são muito importantes para assegurar de certa forma as conquistas e direitos estabelecidos na constituição de 1988, que vem sofrendo diversos ataques pela onda de privatização das coisas públicas, trazendo uma falsa promessa de

melhoria imediata, em alguns pontos mais visíveis e latentes que a sociedade mais precisa em seu cotidiano.

Novas e diferentes apropriações, teóricas e metodológicas, foram e ainda são feitas da teoria marxista, no intuito de apreender o movimento real e concreto da acumulação do capital. Neste sentido analisamos através de Gramsci que irá, a partir de Marx trazer contribuições importantes acerca da compreensão do Estado capitalista, em uma determinada conjuntura sócio histórica será a base para analisar a conjuntura de um possível controle democrático das classes subalternas.

Ainda assim, o Estado em Gramsci não deve e nem pode ser pensado como organismo próprio de um grupo ou fração de classe, como no caso de outras vertentes marxistas. Ele deve representar uma expressão universal de toda a sociedade, incorporando até mesmo as demandas e interesses dos grupos subalternos, mesmo que deles extirpando sua lógica própria. (MENDONÇA, 2014, p.34).

Em Gramsci, o Estado ganha uma análise mais ampla e orgânica sendo uma contribuição fundamental na perspectiva de romper com o caráter dual entre sociedade civil e sociedade política. Assim,

O conceito de Estado ampliado permite verificar a estreita correlação existente entre as formas de organização das vontades (singulares e, sobretudo, coletivas), a ação e a própria consciência (sociedade civil) - sempre enraizadas na vida econômica- e as instituições específicas do Estado em sua acepção restrita (sociedade política). Gramsci supera o dualismo das análises que separavam e contrapunham a base à superestrutura, integrando sociedade política e sociedade civil numa só totalidade, em constante interação, no âmbito do que ele considerava as superestruturas. (MENDONÇA, 2014, p. 34 apud Fontes & Mendonça, 2012, p. 62-3).

No Estado Ampliado prevalece a busca pelo consenso e legitimidade, mas ainda utilizando-se da coerção, para defender os interesses do capitalismo quando necessário. Para efetivar este sistema, o Estado, utiliza-se dos *aparelhos privados de hegemonia* e os *aparelhos repressivos*, tornando-se força revestida de consenso e coerção. O Estado ampliado, assim, cabe na fórmula: sociedade política + sociedade civil. Gramsci ao trazer o conceito de Estado ampliado, não inverte nem nega as descobertas essenciais de Marx, mas “apenas” as enriquece, amplia e concretiza, no quadro de uma aceitação plena do método do materialismo histórico.

Quando Marx desenvolve sua teoria sobre a luta de classes, ele coloca elementos fundamentais para compreensão do Estado, que por sua vez, é fruto das contradições entre as classes em um determinado modo de produção da vida material dos homens, daí, o Estado é a expressão das relações sociais, sendo o representante em sua maior parte dos interesses

burgueses. O monopólio do Estado é a condição básica para a dominação de uma classe sobre a outra. “A teoria da luta de classes seria uma simples abstração, se as relações e os antagonismos de classes não implicassem no Estado capitalista, como expressão e condição dessas mesmas relações e antagonismos.” (IANNI, 1982, p.59).

Neste contexto, as classes sociais e a luta de classes tornam categorias fundamentais para a cooptação dos elementos importantes na correlação de forças favorável à luta dos trabalhadores.

O conceito de classe social surgiu em Marx e Engels como o centro de sua proposta para a análise das sociedades modernas. O ponto de partida dos autores era uma constatação política de que o proletariado constitui-se numa nova força política, que acreditavam teria papel preponderante na luta pela emancipação. (MATTOS, 2015, p.35).

Neste quadro a luta política, dentro do próprio Estado, se faz como critério central para conquista progressiva de espaço, onde, através do consenso e da busca pela hegemonia se elimine paulatinamente os mecanismos de coerção juntamente com a distinção entre *governantes e governados*. Para tal, a sociedade civil se torna peça fundamental deste processo.

Mendonça (2014) retoma uma importante colocação de Gramsci acerca do papel assumido pelo intelectual, como organizador das vontades e da ação coletiva. Junto a esse processo *os aparelhos de hegemonia* assumem um significado ímpar na busca pelo consenso das massas, de forma a fazer com que os interesses da classe dominante apareçam em sua superfície como sendo os interesses do conjunto da população. “Logo, política e Estado são inseparáveis da cultura e, mesmo instituições da sociedade políticas tipicamente relacionadas com a coerção- como o exército, por exemplo- respondem pela difusão de uma dada cultura.” (MENDONÇA, 2014, p. 37).

Os interesses burgueses são disseminados e promovem uma dominação, não apenas econômica, sobre a classe trabalhadora. A forma de pensar e viver o mundo está relacionada diretamente com o processo de produção e reprodução da vida material.

Na capacidade para universalizar a própria concepção do mundo, que obscureça a perspectiva de um mundo pensado sobre outras bases (apresentando-o, no melhor dos casos, como desejável, mas impossível), encontra-se o suporte da dominação. A dominação não se impõe apenas através dos sistemas produtivos, dos movimentos da moeda ou das invasões militares. A dominação se reproduz no cotidiano e na criação de sentidos comuns que percebem e reproduzem as relações sociais como relações de poder. (Cecena, 2005, p. 37)

A importância de assumir espaços dentro do Estado, na busca por uma hegemonia que represente os interesses da classe trabalhadora, se torna uma premissa na luta contra a dominação do capital. É, pois, dentro da luta de classes que temos a forma efetiva de ocupar os espaços, tanto dentro da sociedade civil quanto política, para efetivação de um projeto hegemônico dentro das reais necessidades da classe trabalhadora. Assim o conceito de Estado Ampliado proposto por Gramsci, se torna uma ferramenta metodológica, na busca da apreensão do real e peça fundamental que deve ser utilizada para iluminar o caminho da luta por uma efetiva sociedade igualitária.

Assim, a conquista de um sistema de seguridade social com um caráter de direito de todos e dever do Estado, vem através deste modelo democrático representativo, que leva a ideia de participação social e uma sociedade com certa autonomia de controlar o Estado.

“Historicamente, a categoria controle social entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sob as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. (Carvalho, 1995:pag).

A conjuntura e os ataques a universalização da saúde esbarra no projeto do estado, nos últimos 22 anos, o estado brasileiro vem sufocando a implementação de um dos melhores modelos de saúde pública do mundo, pela falta de investimentos financiamentos à expansão do privado. O resultado destes ataques tem rebatimento direto no controle social, especificamente para o Conselho Nacional de Saúde.

No próximo capítulo iremos discutir os resultados encontrados nas análises das atas durante o período 2013 á 2015, fazendo uma abordagem sobre o processo de subfinamento á partir do debate do Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO III O DEBATE DO CNS SOBRE O FINANCIAMENTO

Nosso trabalho buscou evidenciar que as políticas sociais representam uma conquista para a classe trabalhadora e que no cenário atual o fundo público é colocado em disputa. Também buscamos evidenciar a conquista histórica da institucionalização do controle social, mas também os ataques sofridos pôs este espaço, nós atendo principalmente ao Conselho Nacional de Saúde. Assim, compreendendo que o financiamento da saúde se coloca como um elemento central para viabilização dessa política e o papel estratégico do CNS, buscamos compreender como este espaço tem debatido o financiamento e as estratégias de enfrentamento elaboradas.

A pesquisa foi desenvolvida à partir da análise das atas do CNS, um total de trinta e seis, extraídas da página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde. As atas correspondem às reuniões mensais que ocorreram, entre os anos de 2013 à 2015, correspondendo a uma gestão inteira do conselho. Cabe ressaltar que esta gestão ocorreu durante o governo da ex-presidente Dilma Rousseff membro do partido dos trabalhadores (PT). Após a extração de todas as atas e de sua leitura, o material foi organizado à partir da busca pelo descritor “financiamento”, partindo dos resultados encontrados, foi possível estabelecer critérios relevantes no discurso que rege em torno do financiamento neste período de gestão.

As análises das atas foram feitas através do projeto de pesquisa “A CONTRARREFORMA NO SETOR SAÚDE E A AMEAÇA AO CONTROLE SOCIAL DEMOCRÁTICO”. Mediante as análises, foi possível verificar, que ao longo dos governos petistas, diversas medidas contra reformistas foram impostas ao setor saúde. Entre elas o que aparece de forma clara, como processo de controle social, por meio do Conselho Nacional de Saúde o desfinanciamento e subfinanciamento que acarreta um processo de sucateamento da política de saúde, impactando o Sistema Único de Saúde.

No projeto de pesquisa foi possível elaborar o perfil do colegiado do CNS, analisar as resoluções do CNS no referido período, elencar as principais medidas de desmonte do sistema público de saúde e elaborar análise crítica que possa referenciar os sujeitos que integram os espaços de controle social.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca da gestão do CNS que tem início em 2013, foi elaborado o perfil das entidades do colegiado conforme composição apresentada no Diário Oficial da União. Para tanto foi construído um instrumento norteador identificando a abrangência, número de representação/afiliados, tempo de existência, dentre outros. A

pesquisa utilizou as páginas eletrônicas das entidades que compõem o CNS como fonte de dados. Para responder qual o impacto da contrarreforma para a saúde e as respostas que tem sido construídas pelo CNS, o processo metodológico realizou pesquisa documental em todas as resoluções emitidas no período.

Inicialmente a pesquisa levantou o perfil das entidades que compõem a gestão do CNS de 2013/2015 que indicou: 52% das entidades estão presentes em todo o país; 70% existem há mais de 20 anos e 30% possuem mais de mil afiliados. Os resultados reforçam a relevância do CNS tendo em vista sua abrangência. Porém, também nos dedicamos à análise da elaboração por parte do CNS das resoluções e recomendações elaboradas por esse espaço como uma estratégia de aproximação inicial.

Nossas análises que vamos apresentar a seguir sobre as atas, intentaram primeiro levantar as principais medidas contra reformistas à partir do debate do CNS e em seguida relacionar tais medidas propostas pelo Estado brasileiro e as ações construídas no espaço do CNS buscando identificar as principais estratégias de resistência. Assim nos dedicaremos inicialmente a debater as principais medidas que impactam diretamente o financiamento do SUS e em seguida problematizaremos as ações elaboradas pelo CNS.

3.1 AS MEDIDAS DE ATAQUE AO FINANCIAMENTO

Um dos debates e problematização acerca do financiamento foi gerada pela aprovação da Lei complementar 41/2012, que previa a instituição de um valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde, percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde. A Lei define o que seriam os gastos em saúde porém, no que tange à correção dos valores a Lei indica:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual corresponde a variação nominal do produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. (Brasil,2012)

A Lei, considerada um retrocesso na definição de quantitativo de recursos ainda reafirma o papel do CNS na avaliação da gestão do SUS o que parece um contrassenso do papel de controle social, na medida em que mais uma vez desconsidera o próprio debate que este espaço colegiado vem construindo acerca do financiamento em saúde. Ainda que esta medida

tenha sido aprovada no ano anterior ao nosso recorte temporal (2013-2015) ela é presente nas atas tendo em vista que sua incidência se dá nesse período.

Outra medida contra reformista imposta á saúde foi a Medida provisória 13.097/2015 posteriormente transformada em Lei que altera parte do texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) para permitir a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde. A liberação irrestrita da entrada de capital estrangeiro na saúde pode ser considerada inconstitucional pela forma como o processo legislativo foi conduzido e pela retirada de parágrafo inteiro da Lei nº 8.080/90, tornando regra uma exceção expressa na Constituição Federal. Devido a estes argumentos uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) foi impetrada.

Outro ponto pautado em 2013 se refere à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social COFINS. Trata-se de uma alíquota aplicada sobre o valor bruto de faturamento das empresas, que deve ser recolhido aos cofres públicos e que muitas vezes as empresas recebem a isenção por fornecer trabalhos no meio social.

Levando a discursão do Conselho Nacional de Saúde para melhoria dos subsídios e financiamento na contribuição das políticas públicas. A posição do CNS é contrária em relação ao governo em não fornecer estas possibilidades às empresas já que o fundo público deixa de receber um valor que poderia ser investido para melhorar condições de vida dos brasileiros.

Ainda no que tange á destinação de recursos públicos ressaltamos a Lei 12.873/13 de 24/10/13, entrando nos debates feitos sobre o papel do Estado e Fundo Público que institui o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde, PROSUS e dispõe sobre a utilização pelos Estados, Distrito Federal e Municípios dos registros de preços realizadas pelo Ministério da Saúde. Segundo a referida Lei:

Art.23. Fica instituído o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde-PROSUS.

Art.31. Após o deferimento do pedido de adesão ao Prosus, o Ministério da Saúde adotará providências perante o gestor local do SUS do domicílio da sede da entidade de saúde, para fins de celebração ou aditivção de contrato, convênio ou instrumento congênere para a prestação de serviços ao Sus, executados no âmbito do Prosus. (Brasil, 2013)

Essa medida é implementada num momento em que essas entidades privadas e ou filantrópicas vivenciavam grave crise financeira inclusive com denúncias de má utilização de recursos. Assim o Estado institui repasse de recursos para entidades que deveriam participar de forma complementar ao SUS mas que acabam por se tornar parte da rede do SUS. Conforme já indicamos anteriormente, a Terceirização da gestão do SUS tem se constituído como uma estratégia de privatização e destinação de recursos do fundo público ao setor privado.

Conforme já indicamos anteriormente, a Terceirização da gestão do SUS tem se constituído como uma estratégia de privatização e destinação de recursos do fundo público ao setor privado. Neste sentido a apresentação do projeto de Lei da Terceirização Nº 4330/2004 (projeto aprovado em 2017) representa imenso retrocesso em relação aos direitos do Trabalho e às políticas sociais públicas. A lei permite que todas atividades, inclusive as atividades á fim, de empresas, empresas públicas, sociedades de economia mista, produtores rurais e profissionais liberais possam ser terceirizadas para outras empresas contratantes.

Via de regra, o trabalhador presta seus serviços diretamente em benefício da empresa que o contratou e através dela se insere em determinado meio ambiente de trabalho. Se em algum momento tiver direitos lesados, pode cobrar do empregador o que lhe é devido. A terceirização qualifica-se pela possibilidade de uma empresa ou Ente Público delegar para outra empresa a execução de parte das suas atividades. Desse modo, a prestadora de serviços terceirizados disponibiliza mão de obra para a tomadora. O que ocorre, então, é que os empregados terceirizados, a despeito do local onde trabalham, não são empregados da empresa ou servidores do Ente Público em que atuam.

A finalidade maior da opção pela contratação de uma empresa terceirizada é a de maximização de resultados, leia-se, redução de custos, o que na prática tem implicado cortes de despesas com direitos trabalhistas.

A terceirização comprovadamente também diminui a disponibilidade de postos de empregos e paralelamente aumenta a rotatividade de mão de obra, pontos que são absolutamente prejudiciais não só à classe trabalhadora, mas também à toda a sociedade, pois quanto mais vezes o trabalhador for demitido.

Mais grave e que constitui ainda fator concreto de risco à saúde e à integridade física dos trabalhadores terceirizados, porquanto a redução de custos com a intermediação desse tipo de mão de obra tem sacrificado investimentos não só na remuneração e em outros benefícios

acessórios, como também nas condições de segurança e saúde dessas pessoas. Os dados a respeito são alarmantes: 4 em cada 5 mortes por acidente de trabalho no Brasil ocorrem com empregados de empresas terceirizadas. Em cada 10 acidentes de trabalho, 8 ocorrem em empresas que utilizam mão de obra terceirizada.

Ainda que esta realidade seja conhecida, em sentido diverso a ideia que norteia o referido projeto é estender de forma indiscriminada a terceirização de serviços a quaisquer atividades, inclusive, para aquelas essenciais ou principais das empresas (atividades fim). Ou seja, a contratante/tomadora entregando a outrem o cumprimento direto da atividade que justifica a existência dela, poderia terceirizar a si mesma às custas do sacrifício de direitos trabalhistas.

Ainda em 2014 assistimos também a proposição da PEC 451/2014 que viola o direito á saúde e promove a segmentação do SUS. Inclui como garantia fundamental, plano de assistência á saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. Essa medida fortalece a ampliação dos planos privados de saúde. Cabe ressaltar a direção adotada pelos sindicatos de trabalhadores que não apresentam uma forte posição contrária a essa medida que acaba por fortalecer os planos privados.

Um debate pertinente e que se agrava ao decorrer dos anos é como esta saúde pública e universal vai a cada dia se tornando mais precária, respondendo a uma saúde básica de procedimentos simples.

A conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que o CNS, junto com CONASS e CONASEMS, solicitaram reuniões com os ministros para tratar sobre o financiamento da saúde. Também fez a leitura do ofício conjunto do CONASS, do Conasems e do CNS direcionado ao ministro da Casa Civil, Jacques Wagner, alertando para a possível paralisação de serviços essenciais de saúde diante da falta do pagamento dos recursos federais no mês de dezembro. O documento alerta que, nos últimos anos, estados e municípios têm tido muitas dificuldades de prover saúde à população devido ao desfinanciamento crônico do SUS. Esse cenário foi agravado pela atual crise econômica e fiscal que levou ao contingenciamento dos recursos do orçamento 2015 do Ministério da Saúde, afetando fortemente os investimentos na rede física e comprometendo a assistência à saúde da população. Diante do cenário, solicitam a interferência no Tesouro Nacional para que proceda a liberação imediata dos recursos ao Fundo Nacional de Saúde a fim de que este efetue o repasse financeiro na íntegra dos valores previstos para o mês de dezembro aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e Municípios no montante de R\$ 6 bilhões. (Ata 276º RO 14 E 15 DEZEMBRO,2015)

Os resultados no que tange as medidas contrarreformistas implementadas no período, destaca a MP 13.097/15 que permite a entrada do capital estrangeiro no subsetor de serviços de saúde; a lei 12.873/13 que perdoa as dividas tributarias e reduz impostos de operadoras de planos de saúde; a PEC 451 inclui como garantia fundamental plano de assistência à saúde a ser oferecido pelo empregador e o PL 4.330/2004 que permite a terceirização de todas atividades,

inclusive as atividades fim (PL retomado nesse período). Tais medidas expressam a continuidade da tendência de sucateamento do público e privilégio do privado.

Diante de todo esse desmonte O CNS tem construído seus enfrentamentos acerca do subfinanciamento e seus impactos no sistema único de saúde. Veremos algumas medidas e resoluções tomadas.

3.2 A COFIN E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO CNS

Como suporte o CNS tem a Comissão Inter setorial de Orçamento e Financiamento COFIN, com finalidade de subsidiar o Conselho Nacional de Saúde nas atividades específicas de promotor e apoiador do processo de Controle Social pelos Conselhos de Saúde das demais esferas do poder, em especial, na disseminação das atividades relativas à questão orçamentária e financeira.

De acordo com o CNS, essa comissão tem por funções acompanhar o processo de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no contexto da Seguridade Social no âmbito do Orçamento Geral da União-OGU e colaborar na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS.

A COFIN, no decorrer das atas analisadas mostra sua importância neste momento de menos recursos para a saúde pública, a busca e suporte para um controle social é importantíssimo para melhorar o orçamento da saúde que vem ao longo dos anos diminuindo. Como na fala da conselheira Ana Maria representante do segmento dos trabalhadores evidencia:

A Conselheira **Ana Maria Costa** cumprimentou a todos e concordou com as falas anteriores, e agregou o potencial de importância que essa resolução possui, vez que é o assunto estruturante do SUS estabelecendo o que fazer com o recurso que pelezaram para ver implementado no movimento Saúde + 10 e anseiam pelo incremento. Quando da discussão de financiamento, foi decidido aprofundar o debate sobre qual seria o referencial de uso do acréscimo do recurso do SUS para consolidar o sistema único de saúde de qualidade para todos e essa resolução deve ter esse tom forte e político. Enalteceu o esforço da COFIN e pediu que sejam enriquecidos os “considerandos” para dizer que o CNS decidiu a necessidade de uma reversão do modelo dentro do SUS para consolidá-lo e dizer que a saúde no Brasil é um direito. Seria preciso trabalhar o sentido das mudanças não só a alteração na relação de atenção básica e alta e média complexidade e que as redes atinjam o status de rede integral no espaço territorial. (Ata 254º RO 26 E 27 FEVEREIRO,2014)

O conselheiro Ronald da Federação Nacional dos Farmacêuticos FENAFAR, ressalta a importância do COFIN:

Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, enquanto Coordenador da COFIN, o primeiro a se manifestar. Disse, entre outras coisas, que: a COFIN já vinha alertando a sociedade e o CNS sobre o desfinanciamento do SUS, inclusive com ações de mobilização (Saúde mais 10); a COFIN também apresenta alternativas para o

enfrentamento do desfinanciamento; a despeito da crise política, a mobilização em torno do SUS tem possibilidade de agregar muitas forças da sociedade; 25 governadores já se manifestaram favoráveis à criação de uma frente para lutar pelo financiamento da saúde pública; há possibilidade de ser criada uma plataforma que consiga unificar amplos setores da sociedade, cujas bases foram apresentadas no documento que a COFIN disponibilizou ao Plenário no início do debate: amarração dos recursos para a saúde, através da PEC 01, que nasceu da vontade popular; busca de novas fontes de financiamento (CPMF); taxaço de grandes fortunas), taxas de juros das especulações financeiras; audiência com a Presidente da República para tratar do assunto.(Ata 274° RO 07 E 08 OUTUBRO,2015)

Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, antes de apresentar o documento, explicou que era o resultado de estudos e análises sobre o subfinanciamento do SUS, que, em razão da gravidade, poderia desencadear uma crise humanitária. (Ata 274° RO 07 E 08 OUTUBRO,2015)

Nestas falas apareceram várias estratégias de enfrentamento ao desfinanciamento, evidenciando que a COFIN tem apresentado diversas alternativas em relação ao desfinanciamento, nesse momento vamos nos dedicar a falar sobre tais estratégias e medidas tomadas pelo CNS.

Como parte das medidas tomadas para enfrentar o subfinanciamento, é pertinente na análise das atas durante todos os anos analisados o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, intitulado “Saúde Mais 10”, na fala do coordenador do movimento Ronald Ferreira dos Santos:

O Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública Saúde Mais 10 é fruto de um grande trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, há vários anos, apontava a necessidade de priorização da saúde através de mais recursos. Na época o debate estava centrado na regulamentação da Emenda 29. A regulamentação da emenda frustrou a todos, pois não priorizou o financiamento da saúde. As entidades e movimentos sociais que atuam em defesa da Saúde Pública caíram em campo na defesa de mais recursos, chegando ao consenso de que, para garanti-los seria necessário alterar a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 através de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular. O objetivo era coletar 1,5 milhões de assinaturas para levar à Câmara Federal um projeto de que assegurasse o repasse efetivo de 10% das receitas brutas da União para o Sistema Único de Saúde. Em 17 de abril de 2012, lançamos o Saúde Mais 10 contando com o apoio inicial de 44 entidades: o CNS, a OAB, a CNBB, o CEBES, os Conselhos de Profissões, as Centrais Sindicais, entre outras entidades dos movimentos sociais. (Santos,2014)

O movimento correu o país, foram coletadas mais de 2 milhões de assinaturas, que foram entregues à Câmara dos Deputados em 5 de agosto de 2013. A proposta estava em tramitação na Câmara dos Deputados sob o nº PLP321/2013, porém, o projeto vinha sendo ignorado pelos parlamentares. Em dezembro de 2013, a coordenação do Saúde Mais 10 divulgou uma nota à sociedade denunciando o descaso e a omissão das autoridades sobre o pleito, ou seja, a aplicação dos recursos para o próximo período orçamentário de 2014 foi negligenciada e, para 2015, seguiu no mesmo ritmo. Mais uma vez prevalecendo a lógica de uma política

econômica distanciada dos interesses públicos e coletivos e essencialmente pautada pelos interesses do mercado financeiro (SANTOS,2014).

Verificamos em uma das falas do Conselheiro André Luiz de Oliveira da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil:

(...)começou a sua fala lembrando que 10% das receitas da União representava 0,75% do PIB. Como encaminhamento, propôs que o CNS aprovasse uma resolução cobrando do Governo Federal uma posição oficial sobre o PL Saúde+10, no que diz respeito à possibilidade de financiamento de acordo com o Projeto de Lei de Iniciativa Popular, protocolado na Câmara dos deputados, que defende 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde. (Ata 247º RO 10 E 11 DE JULHO, 2013)

Nas análises das atas é possível identificar que o movimento saúde mais 10, tinha como estratégia a injeção de mais recursos para os programas já existentes. O grande impasse era se realmente seria implantado os 10% na saúde pública, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde demonstrava recuo sobre aderir ao movimento pois, o grande medo seria a disputa pelo privado por estes mais 10%, sendo que não estaria restrito em lei que estes seriam direcionados somente aos serviços públicos, mantendo os recursos prioritariamente no SUS, mas deixava em aberto também a possibilidade de aporte público ao setor privado de saúde.

Discutimos em nosso capítulo I como o fundo público se tornou um espaço de disputa de recursos entre os setores público e o privado. Nesse sentido a preocupação expressa pela frente contra a privatização da saúde é extremamente pertinente. Na fala do Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos avaliou que o CNS deve acompanhar esse processo e dar ampla divulgação ao manifesto da Frente em Defesa do SUS que apresenta proposições para enfrentar esse momento de subfinanciamento. (Ata 27º RO 14 E 15 DEZEMBRO, 2015)

Vemos na fala do conselheiro Waldir Araújo Cardoso, presidente da Federação Médica Brasileira (FMB) os diversos aspectos representados junto com estes 10%:

Conselheiro Waldir Araújo Cardoso saudou os expositores e, entre os desafios a serem enfrentados nesses 25 anos do SUS – reformulação do modelo de atenção, reorientação do modelo de formação, qualificação do processo de gestão, consolidação do SUS nos termos da Constituição, garantia do financiamento – acrescentou a valorização da força de trabalho. Salientou que, diante desses desafios, as respostas do governo não são as esperadas - privatização, por meio de OS, OSCIP, Fundação Pública; estímulo à terceirização da força de trabalho particularmente dos médicos por meio de pessoa jurídica e cooperativas; implantação de UPAS (277) desestruturando a atenção básica; veto aos 10% para a saúde; falta de ações para reversão do modelo de atenção; precarização da força de trabalho. (Ata 246º RO 5 E 6 JUNH, 2013)

O debate em torno do movimento saúde mais 10, foi sendo aprimorado devido a estagnação no congresso e entrando como pauta e debate em torno do subnanciamento do Sistema Único

de Saúde, sendo notório na leitura das atas que as pautas em torno do financiamento são permanentes e agravantes ao decorrer dos anos.

O CNS discute que um dos recursos para o financiamento da saúde seria a taxaço de grandes fortunas conforme as falas dos conselheiros:

O Conselheiro **Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza** parabenizou o trabalho e se assustou quando viu os números, mesmo sabendo que a situação está ruim. Questionou de onde será retirado o dinheiro. Informou a existência de uma ação civil pública sobre o subfinanciamento da saúde na qual os conselheiros respondem juntamente com o gestor. Há mais alertas que pedidos de esclarecimentos e informações. O CNS precisa dizer que não compactua com isso e chamar uma coletiva de imprensa para explicar a possibilidade de acabar o dinheiro para a saúde em agosto. Deve aprovar as sugestões da COFIN e fazer uma denúncia sobre os riscos da dificuldade financeira. Descumpra a lei porque o orçamento está abaixo da variação do PIB. A taxaço de grandes fortunas. (Ata 258º RO 04 E 05 JUNHO 2014)

Conselheiro **José Eri Medeiros** disse que o Conasems acredita no SUS, mesmo com as dificuldades, e se mobiliza para enfrentá-las. Conselheiro afirmou que o “co-financiamento na saúde é histórica”, por isso é preciso discutir e procurar alternativas para melhorar a gestão, pactuar com usuários e trabalhadores. Disse que municípios estão fazendo a sua parte, colocando recursos financeiros nos serviços de saúde. Disse ser solidário às preocupações demonstradas pelo conselheiro Carlos Duarte, mas isso não impede a tentativa de encontrar novas fontes de financiamento, como a taxaço das grandes fortunas. Conasems estará sempre do lado de quem defende o sistema. Reconhece ser difícil a negociação com os parlamentares. E afirmou que o país tem que ter gestão, planejamento. Falou que a crise não é nova, mas a mobilização da sociedade deve continuar. (Ata 270º RO 10 E 11 JULHO, 2015)

Um papel importantíssimo do CNS para o processo de controle social é se manifestar diante de posições e contribuições ao processo de direitos e atribuições contra este projeto de desmonte da política pública. Mesmo diante de todas as denúncias apresentadas até 2015 o desfinanciamento do SUS já alarmante neste momento se intensifica ainda mais com as medidas posteriormente aprovadas em 2016 como a PEC 241 ou 55 do congelamento de gastos por 20 anos. Estima-se que a Saúde vai perder R\$ 415 bilhões nos próximos 20 anos.

A análise das atas evidenciou uma série de medidas contrarreformistas implantadas no período definido bem como as tentativas de reação do CNS como a organização do Saúde Mais 10 que acabou sendo vetado no parlamento. Além do movimento a leitura das atas permitiu identificar diversas pautas indicadas ao longo das reuniões conforme vamos apresentar abaixo:

Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS:

Aprovar a Proposta Orçamentária Anual da Saúde, as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias; observar o processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente; propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de

Saúde; acompanhar a movimentação e destino dos recursos; fiscalizar e controlar gastos; deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde. (Ata 241º RO-30 E 31 de JANEIRO,2013)

Conselheiro José Eri Medeiros:

Avaliou que é preciso priorizar a questão do financiamento, com definição de onde o recurso será investido e prioridade à atenção básica. Também salientou que a formação dos profissionais de saúde é fundamental e deve uma das prioridades e lembrou que o CONASEMS é um parceiro nesse processo. Por fim, destacou a necessidade de repolitização da reforma sanitária brasileira e lembrou que as centrais sindicais deram o primeiro passo para reaproximação de todo movimento social do país ao incluir o movimento Saúde +10 na sua pauta. Conselheiro. (Ata 241º RO-30 E 31 DE JANEIRO,2013)

Conselheira Júlia Maria Roland pontuou, na sua fala, cinco desafios a serem enfrentados pelo CNS:

Continuar a luta em prol da melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde no país; avançar na implementação da regionalização do SUS – Decreto n°. 7.508/2011, com foco no COAP; gestão do trabalho e da educação na saúde voltada às necessidades do SUS; avançar no financiamento do SUS – expectativa de êxito com o movimento Saúde + 10; e avançar na participação social e melhorar a relação interconselhos – conselho nacional, estaduais e municipais. (Ata 241º RO- 30 E 31 DE JANEIRO,2013)

Podemos identificar em diversas falas com estas medidas como, lutar para que os Estados apliquem os 12% e os municípios os 15% na saúde, assegurando a responsabilidade das três esferas de governo com o financiamento da saúde. Também que é preciso debater questões que ameaçam a implementação das diretrizes colocadas pelo Ministro como o crônico financiamento do SUS, a *abertura* da oferta de serviços de saúde ao *capital estrangeiro*, o risco de retração do SUS em favor do sistema privado e a Medida Provisória n°. 358.

Os trechos destacados indicam diversas pautas apresentadas pelos membros do CNS como alternativa de luta e também como estratégia para enfrentar os desafios postos. Estas pautas se direcionam à formação de profissionais, à compreensão dos diversos determinantes do desfinanciamento da política de saúde ao reconhecimento do déficit nessa área. Entretanto a análise das atas evidencia que tais pautas não foram realmente incorporadas pelo CNS evidenciando uma fragilidade e um descompasso entre as pautas e suas ações. A aposta no Saúde mais 10, ainda que a fala de Maria do Socorro e a análise das medidas aprovadas no parlamento nesse período indiquem a direção deste espaço, o CNS além de não apresentar posicionamento firme em ampliar recursos para a saúde pública ainda apostou no espaço do parlamento para disputa o que nos parece um dispêndio de energia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos realizados e através das análises das atas foi possível identificar que o cenário apresentado indica graves ataques ao Sistema Único de Saúde, com aumento da destinação do fundo público para os serviços privados de saúde juntamente com a desvinculação de receitas da união o sucateamento dos serviços públicos fica cada vez mais evidente. Cabe ressaltar que em 2010 o Brasil atingiu a colocação de segundo mercado de planos privados do mundo.

Com isto a população usuária e trabalhadores do Sistema Único de Saúde é a que mais tem sofrido com a aceleração do sucateamento e do desmonte dos serviços públicos nos estados e municípios que implantaram essas “novas formas de gestão”, pois, com a precarização e privatização, se oferece um grande risco para a efetivação dos direitos sociais, ameaçando assim a quebra do que foi conquistado legalmente, fruto de lutas

A pesquisa realizada no período do governo Dilma mostra que foram feitos diversos ataques contra reformistas ao SUS, mas com uma posição quase passiva pelo Conselho Nacional de Saúde, mesmo sabendo de todos os desmontes. O controle social democrático dado a sua importância histórica e sua capacidade de mobilização deveria representar um espaço de resistência às medidas contrarreformistas porém, a sua alta institucionalização tem demandado ações que dizem respeito à sua estruturação e funcionamento que tomam parcela considerável de ações por parte do mesmo e pode acabar por incorrer no equívoco da burocratização de suas pautas e ações. Essa afirmação se assenta em nossa análise sobre as resoluções e recomendações elaboradas nesse período.

Assim destacamos que nossa análise indica que o CNS não tem conseguido articular lutas mais gerais, em defesa da Seguridade Social e do Projeto de Reforma Sanitária que precisa esta em processo de conquista todos os dias. Com o limite em não conseguir ultrapassar a discussão setorial da política de saúde, com o desafio de avançar para além da discussão setorial.

As análises do conteúdo das atas, indicam ainda um enorme desrespeito às decisões deste espaço bem como a necessidade de refletir sobre as estratégias de enfrentamento que tem sido utilizadas. E como estruturar um novo modelo de controle social, pois, é visível que não há como sustentar um Conselho Nacional de Saúde nestes moldes.

Foi possível identificar a necessidade de pautas e estratégias que geram ação entre o CNS e não ficam somente em discursões superficiais, é notório a falta de articulação em toda reunião que poderia estabelecer um prazo maior de dias a ser realizada, porque tem uma pauta muito extensa e não consegue aprofundar seus debates.

Pela minha percepção ao estudar e analisar o processo de construção de uma saúde pública de qualidade, vejo que ainda possui vários aspectos que merecem novos estudos, como o processo de verbas destinados ao Governo Federal, Estados e Municípios. Um outro aspecto a ser analisado é como o Conselho Nacional de Saúde pode reestruturar e pensar neste modelo de controle social. E como a corrupção está presente neste processo de sucateamento e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

Sendo possível identificar no processo de formação junto com o estágio supervisionado o quando estes aspectos estudados tem ligação direta com o trabalho realizado em unidades de saúde, há falta de recursos traz uma atuação cada vez mais pontual.

A busca pela saúde pública de qualidade tem que ser constante juntamente com a consolidação do Sistema Único de Saúde. Uma luta realizada pela proposta da Reforma Sanitária que nunca estruturou-se e funciona como previsto pela constituição Brasileira de 1988.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Silva Marisa. Uma nova fase do capitalismo e um novo padrão de dependência na América Latina?: elementos para uma investigação. In: Capitalismo: crises e resistências. 1º Ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

ADUFRJ. **Política de Saúde na Atual Conjuntura - Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde**. RJ: ADUFRJ, 2011.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br>. Acesso em: 06 de agosto. 2017

BRAVO, M. I. S. (Org.) ; MENEZES, J. S. B. (Org.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade 1. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. v. 1. 76 p.

BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. RJ: Linea Editora. 2012.

BEHRING, E. R. **Acumulação capitalista, fundo público e política social**, in Behring E. R. ET alli (Orgs.) Política social no Capitalismo tendências contemporâneas.. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social Pública Ainda é Possível** - Rio de Janeiro, Revista Inscrita v. 10, p. 31.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social na America Latina, in Behring E. R. ET alli (Orgs.) Política social no Capitalismo tendências contemporâneas.. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. **Dá Nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública**.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências. CHESNAIS, François (Org.). São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. Crise do Capital, Fundo Público e Valor. In: Behring E. R. ET alli (Orgs.). Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos. 1 Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010, v. 1, p. 13-34.

_____. . CORREIA, Maria Valéria. **Desafios do controle social na atualidade. Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

_____. . CORREIA, Maria Valéria. **Desafios do controle social na atualidade. Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm . Acesso em:25 de novembro.2016.

CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O. O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS DEMANDAS. Brasília (DF), ano 12, n.23, p.97-124, jan./jun. 2012.

_____. ; D'ACRI, Vanda; Martins , Janaina Bilate. **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho.** RJ: ENSP, 2014.

FERNANDES, F. A revolução burguesa no Brasil. Ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

_____. *Dialética e Capitalismo.* 2º ed. Editora: Vozes Ltda. 1982.

FERNANDES, Florestan. A atualidade de Marx. Folha de S. Paulo, São Paulo, 13 mar. 1983. Disponível em: http://almanaque.folha.uol.com.br/leituras_02jun01.shtml. Acesso em: 05 fev. 2015.

FORTI Valeria. **Ética e economia: fundamentos para a discussão de direitos**. Rio de Janeiro, 2008. 27 p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Serviço social em tempos de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 7. Ed. São Paulo, 2012.

IANNI, Octavio. *O ciclo da Revolução Burguesa*. Petrópolis: Vozes, 1985.

KONDER, Leandro. *A questão da ideologia*. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

LARCONVITE, Adriano. Disponível em : http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7417 . Acesso em 04 de agosto. 2017.

LEHER, Roberto. Revista Outro Brasil v.3, (2009) Rio de Janeiro, 2009- *Curso de Extensão Realidade Brasileira/UFF e do Curso de Extensão Movimentos Sociais, Políticas Públicas Emancipações/UERJ*. Organizado por Ana Esther Cecenã. *Hegemonias e emancipações no século XXI*. -1º Ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales –CLACSO, 2005.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

MANDEL, Ernest. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MENDONÇA, Sônia Regina de. *O Estado Ampliado como Ferramenta Metodológica*. 2014.

MARX, Karl. *O capital*. Coleção Os economistas. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

NACIMENTO, Mariana. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br>. Acesso em: 24 de maio. 2017.

NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo. *Economia política: uma introdução crítica*. 5.ed. São Paulo: Cortez 2009.

PAULANI, L. M. *A crise do regime de acumulação com dominância da valorização financeira e a situação do Brasil*. *Estudos Avançados*, vol.23, nº 66, 2009.

_____ Política Social no Capitalismo Tardio 2 Ed. São Paulo: Cortez, v1. 2002 BEHRING, E. R. (Org.) ; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Org.) . *Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas*. 1. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008. v. 1. 252 p
BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 3 Ed. São Paulo: Cortez, (Biblioteca básica de serviço social; v.2), 2007.

SMITH, N. *Desenvolvimento desigual: natureza, capital e a produção de espaço*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

TRAVAGIN, Letícia. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/o-desmonte-deliberado-do-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em 09 de julho. 2017.

TROTSKY, John. *A história da revolução russa v.1*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

<http://dssbr.org/site/entrevistas/saude-mais-10-luta-por-mais-recursos-para-o-sus/>

LEI Nº 12.873, DE 24 DE OUTUBRO DE 2013

Lei nº 12.710 de 29/08/2012